

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Indefensión aprendida como determinante de la salud en mujeres  
sobrevivientes de cáncer de mama**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Miguel E. Marrero Medina**

Director

**Francisco de Vicente**

**Madrid, 2016**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**LA INDEFENSIÓN APRENDIDA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD  
EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA**

**Tesis Doctoral**

**Miguel E. Marrero Medina**

**Director: Dr. D. Francisco De Vicente**

MADRID, 2015

## **Dedicatoria**

A mi papá, que mantuvo la fe, me ayudó a soñar y a decidir sin miedo, pero que se fue sin ver este momento.

A mi mamá, que luchó –se sacrificó– para ayudarme a andar y verme de frente ante múltiples destinos, uno de los cuales hoy alcanzo.

A mi abuelita, que me enseñó con su ejemplo el valor de la entrega y de la fe.

A quienes me apoyaron, me cuidaron y me acompañaron en mis momentos de enfermedad y los instantes de mayor vulnerabilidad.

A quienes han sobrevivido el cáncer.

A quienes no lo sobrevivieron, pero lo sobrevolaron y hoy se instalan en la memoria de este proyecto.

## **Agradecimientos**

Son tantas las personas que durante años me han apoyado y esperado tanto para que se lograra este proyecto... pero, por fin lo logramos. Quisiera mencionar a todos los que, de una u otra forma, tendieron la mano para materializar este sueño: terminar la tesis doctoral.

Sin embargo, por más que intente, la lista quedará incompleta. Estas líneas no bastarán para mencionar a quienes, en determinados momentos, formaron parte de esta empresa. A todos mi mayor agradecimiento por sostenerme con su amistad y su paciencia.

De forma muy especial, destaco y agradezco:

- A Dios, centro de todo en mi vida, quien me regaló tantas cosas (muchas que no merezco), como; una familia excepcional, la riqueza de contar con los mejores amigos que alguien podría tener y la oportunidad de haber tenido maestros que desde niño me dirigieron hacia la búsqueda del saber. También a Dios le agradezco la energía para seguir caminando, la ilusión por seguir soñando y sobre todo... una nueva oportunidad de vida, cuando muchos no creían que lo lograría.
- A mis padres, por prepararme para este momento, por sacrificarse para que estudiara y amara aprender.
- A mi amiga y hermana, Himilce Vélez, quien no solo fue parte del estudio, mi colega en investigación, en la cátedra, en el servicio, mi estadística y mi lectora, sino que se convirtió en dínamo que me impulsó cuando pensaba que este proceso no terminaría.

**Tesis**

- A mi director de tesis, maestro y amigo, el Dr. Francisco de Vicente: sabio, comprensivo y paciente, quien en mi indefensión logró mantenerme corriendo esta agotadora carrera.
- A mis profesores, por despertar el amor por el conocimiento; en especial a Pilar Ferrándiz, quien abandonó este plano dejando un gran legado de sabiduría.
- A Evelyn Matos, amiga, colega de sueños e inventos, gracias por el soporte y motivación en todo momento. Gracias por darme las herramientas para desarrollar confianza en mismo y así entender que podía lograr esta meta.
- A quienes me ayudaron a completar este trabajo, en especial, a mi hermano scout, asistente de investigación y buen amigo Gerardo Olivella, quien me recordó la importancia de la persistencia a la hora de luchar por tus metas.
- A mi compañera de estudios y amiga, Raquel de la Peza, quien me presentó “la indefensión” como concepto para una posibilidad de tema de tesis.
- A mis alumnos, que no solo colaboraron en el proceso de entrevistas, sino que ejemplificaron otras dimensiones de crecimiento y aprendizaje.
- I also want to acknowledge the support and help of Dra. E. Ann Peterson. I have no words to thank you for your support as my boss and friend. Thank you so much for teaching me the passion for serving the most deprived and needy populations.
- A mi maestra y amiga, la Dra. Cruz María Nazario. Gracias por motivarme a ir más allá en esta tesis, viendo el cuidado de la salud en cáncer no solo como el cuidado físico, sino como el cuidado de todo lo que nos da el sentido de la calidad de vida.

**Tesis**

- A mis hermanos de la Tuna Bardos de la Universidad de Puerto Rico, la Tuna de Medicina de Ponce - PHSU y de la Tuna de Ingenieros Navales de Madrid. Gracias por ser mi familia extendida y fuente de apoyo emocional en tantos momentos difíciles durante mis años de estudio y redacción de la tesis.
- A mis hermanos Scouts que de una y otra forma, a lo largo de mi vida han caminado conmigo en la senda del servicio alegre y desinteresado. Gracias por ayudarme a ver aventura en el servicio y en el trabajo. Muy en especial a mi hermano Roberto “Bull” Miranda, quien con el pañuelo y el bordón me ha ayudado a cargar la mochila cuando el camino se ha hecho difícil y la carga muy pesada.
- A los grupos de apoyo a sobrevivientes de cáncer en Caguas, Ponce, Yauco, Juncos y Santa Isabel, al personal de la Fundación de Cáncer y Salud de Puerto Rico, al Hospital Oncológico Andrés Grillasca de Ponce, al Hospital Bella Vista de Mayagüez y a la Sociedad Americana del Cáncer. Gracias por el servicio que dan para la salud en nuestra isla y por servir de enlace con un significativo grupo de sobrevivientes.
- A los municipios de Peñuelas, Cidra y Trujillo Alto, así como múltiples empresas que colaboraron mediante el auspicio y promoción de las jornadas educativas. Estas empresas fueron: Cristalia Premium Water, Café Bello, Café Lucero, Campofresco, Inc., Holsum de Puerto Rico y los periódicos La Perla del Sur y La Opinión del Sur.
- Muy en especial, agradezco a todos los sobrevivientes que compartieron sus historias y revivieron su proceso de cáncer con el propósito de ayudar a más personas.

**AMIGOS... “¡HEMOS VUELTO A TRIUNFAR!”**

## ÍNDICE

Dedicatoria .....	i
Agradecimientos .....	ii
Lista de abreviaturas .....	1
Resumen.....	3
Summary .....	7
<b>CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
Introducción .....	12
Problema .....	20
Justificación .....	21
<b>CAPÍTULO II - FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....</b>	<b>23</b>
Introducción .....	24
Trasfondo .....	25
Conceptualización del Modelo de la Indefensión Aprendida .....	29
Evolución de la teoría de la indefensión aprendida .....	32
Teoría reformulada de la indefensión aprendida .....	34
Teoría de la Desesperanza “Hopelesness Theory” .....	37
Optimismo: Definición y marco conceptual .....	39
Optimismo y la psicología positiva.....	41
Otros enfoques del optimismo .....	42
Medidas de la indefensión aprendida y constructos relacionados .....	45
IA como modelo de investigación translacional .....	52
Modelo de indefensión aprendida como determinante de salud .....	54
Optimismo y salud .....	55

---

**Tesis**

Indefensión y cáncer .....	59
Primeros estudios de indefensión y cáncer .....	59
Indefensión: recurrencia y mortalidad en sobrevivientes de cáncer .....	61
Indefensión en cuidadores de sobrevivientes de cáncer .....	64
<b>CAPÍTULO III – MÉTODOS .....</b>	<b>66</b>
Descripción del estudio .....	67
Preguntas de Investigación .....	67
Objetivos .....	68
Hipótesis .....	69
Diseño del estudio .....	70
Diseño del cuestionario .....	71
Adaptación transcultural y traducción al castellano del Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ) para su uso en población puertorriqueña.....	73
El Cuestionario de Estilo Atribucional .....	74
Procedimiento para la adaptación transcultural .....	76
Primera Fase de la Adaptación: Traducción / Retro - Traducción Del ASQ...	77
Segunda Fase de la Adaptación: Iteración del ASQ .....	81
Población.....	88
Muestra .....	89
Cálculo del tamaño de la muestra .....	89
Criterios de inclusión .....	90
Proceso de Reclutamiento .....	90
Recopilación de datos .....	93
Manejo de datos .....	94



**Tesis**

Procedimiento de control de calidad en la entrada de datos .....	94
Análisis de datos .....	95
Construcción de escalas .....	95
Determinantes Sociales Personales .....	97
Determinantes Sociales Sistémicos.....	100
INDEFENSIÓN APRENDIDA .....	105
PRACTICAS DE AFRONTAMIENTO .....	106
Análisis estadístico.....	111
<b>CAPÍTULO IV - RESULTADOS .....</b>	<b>115</b>
Determinantes Sociales .....	116
Determinantes Económicos .....	118
Determinantes Sistémicos .....	120
Indefensión Aprendida.....	122
Relación entre los determinantes sociales y la indefensión aprendida .....	123
Asociación entre determinantes sociales e indefensión aprendida .....	129
Acciones de afrontamiento .....	134
Indefensión aprendida como factor modulador de las acciones de afrontamiento .....	140
Modelos de regresión logística para las acciones de afrontamiento .....	146
<b>CAPÍTULO V – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>152</b>
Discusión de resultados.....	153
Conclusión .....	162
Limitaciones.....	164

---

Implicaciones y proyecciones futuras .....	167
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>200</b>
ANEXO A: Cartas de aprobación del IRB .....	201
ANEXO B: Cuestionario Factores Asociados .....	204
ANEXO C: Hojas de promoción de la actividad .....	228
ANEXO D: Consentimiento Informado .....	231
ANEXO E : Jornadas en municipios y participantes en distintas modalidades.....	233
ANEXO F: Autorización de uso del ASQ por Dr. Martín Seligman.....	234
ANEXO G: Municipios de Puerto Rico según regiones.....	235

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 1 - Definiciones de Indefensión Aprendida .....	25
Tabla 2 - Escalas o Instrumentos Más Utilizados para Evaluar o Medir Estilo	
Atribucional Basados en el ASQ – Población General.....	48
Tabla 3 - Escalas o Instrumentos Más Utilizados para Evaluar o Medir Estilo	
Atribucional Basados en el ASQ – Población Específica.....	49
Tabla 4 - Escalas o Instrumentos Más Utilizados No Basados en el ASQ -	
Constructo General .....	49
Tabla 5 - Escalas o Instrumentos Más Utilizados No Basados en el ASQ -	
Poblaciones Específicas .....	51
Tabla 6 - Secciones del Cuestionario .....	87
Tabla 7 - Cálculo para Tamaño de Muestra Mediante la Diferencia Esperada	
entre los Grupos de Comparación, el Nivel de Confiabilidad y el Poder	
Estadístico .....	89
Tabla 8 - Muestra Apta para el Estudio que Completaron Todas las	
Preguntas en las Diversas Secciones del ASQ.....	91
Tabla 9 - Variables Construidas Mediante Escalas Pre-Definidas .....	96
Tabla 10 - Variables Construidas Mediante Escalas por Componentes Principales....	96
Tabla 11 - Descripción de Variables Consideradas como Determinantes Sociales	
Personales .....	98
Tabla 12 - Descripción de las Variables Consideradas como Determinantes	
Económicos.....	99
Tabla 13 - Descripción de la Escala de Religiosidad.....	100
Tabla 14 - Descripción de las Variables Consideradas como	

Determinantes Sistémicos de Interacción Social .....	101
Tabla 15 - Descripción de las Variables Consideradas como	
Determinantes Sistémicos Institucionales: Tratamiento, Transportación y	
Orientación Sobre Salud .....	102
Tabla 16 - Determinantes Sistémicos Institucionales: Relación Médico-Paciente y	
Comunicación Médico-Paciente .....	103
Tabla 17 - Descripción de las Variables Consideradas como	
Determinantes Sistémicos Institucionales: Barreras Financieras, de Información /	
Comunicación y Calidad de Servicios .....	104
Tabla 18 - Descripción de la Variables Apoderamiento en Salud .....	106
Tabla 19 - Descripción de las Variables Consideradas como Adherencia .....	107
Tabla 20 - Descripción de las Variables Consideradas como Cumplimiento con el	
Cuidado de Salud .....	107
Tabla 21 - Descripción de las Variables Consideradas como Prácticas de	
Autocuidado: Estilos de Vida .....	108
Tabla 22 - Descripción de las Variables Consideradas como Prácticas de	
Autocuidado: Desarrollo Personal y Social .....	109
Tabla 23 - Descripción de las Variables Consideradas como Prácticas de	
Autocuidado: Ambiente y Descanso.....	110
Tabla 24 - Descripción de las Variables Consideradas como Prácticas de	
Autocuidado: Comida Rápida, Horario Regular de Comida y Vida Sexual.....	110
Tabla 25 - Métodos Estadísticos Utilizados en Relación a las Preguntas, las Hipótesis	
y los Objetivos de Investigación .....	114
Tabla 26 - Estadísticas Descriptivas de Edad Actual, Edad al Momento de	
Diagnóstico y Tiempo de Supervivencia .....	116

Tabla 27 - Distribución de Frecuencias de los

Determinantes Sociales Demográficos.....	117
--	-----

Tabla 28 - Distribución de Frecuencias en Religiosidad ..... 118

Tabla 29 – Distribución de Frecuencias y Estadísticas Descriptivas de Ingreso

Mensual.....	118
--------------	-----

Tabla 30 - Distribución de Frecuencias de los

Determinantes Sociales Económicos .....	119
---	-----

Tabla 31 - Distribución de Frecuencias y Estadísticas Descriptivas de los

Determinantes Sistémicos Personales.....	120
--	-----

Tabla 32 - Descripción de Frecuencia de los Tipos de Tratamiento..... 121

Tabla 33 - Distribución de Frecuencias y Estadísticas Descriptivas de los

Determinantes Sistémicos Institucionales.....	121
---	-----

Tabla 34 - Descripción del Nivel de Indefensión Aprendida y de las Escalas que

Componen el ASQ .....	122
-----------------------	-----

Tabla 35 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sociales

Demográficos.....	124
-------------------	-----

Tabla 36 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sociales

Demográficos.....	125
-------------------	-----

Tabla 37 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sociales

Económicos.....	126
-----------------	-----

Tabla 38 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sistémicos

Personales .....	127
------------------	-----

Tabla 39 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Tipos de Tratamiento..... 128

Tabla 40 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sistémicos

Institucionales .....	129
-----------------------	-----

Tabla 41 - Asociación Entre los Determinantes Sociales Demográficos, la Religiosidad y la Indefensión Aprendida.....	130
Tabla 42 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y los Determinantes Sociales Económicos.....	131
Tabla 43 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y Determinantes Sistémicos Personales .....	132
Tabla 44 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y Determinantes Sistémicos Institucionales .....	133
Tabla 45 - Estadísticas Descriptivas de las Acciones de Afrontamiento – Apoderamiento y Adherencia .....	135
Tabla 46 - Cumplimiento con el Cuidado de Salud.....	136
Tabla 47 - Distribución de Frecuencias de las Prácticas de Salud Incluidas en el Constructo Estilo de Vida .....	136
Tabla 48 - Distribución de Frecuencias de las Prácticas de Salud Incluidas en el Constructo Desarrollo Personal y Social. ....	137
Tabla 49 - Distribución de Frecuencias de las Prácticas de Salud Incluidas en el Constructo Ambiente .....	138
Tabla 50 - Distribución de Frecuencias de las Prácticas de Salud Incluidas en el Constructo Descanso.....	139
Tabla 51 - Distribución de Frecuencias de Otras Prácticas .....	139
Tabla 52 - Estadísticas Descriptivas de Autocuidado.....	140
Tabla 53 - Comparación de las Medias del Nivel de Apoderamiento en Relación a Indefensión.....	140
Tabla 54 - Comparación Entre Indefensión Aprendida y Adherencia No Intencional .....	141

Tabla 55 - Comparación Entre Indefensión Aprendida y Adherencia Intencional....	142
Tabla 56 - Comparación Entre Indefensión Aprendida y Cumplimiento con la Salud.....	142
Tabla 57 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y Premisas de Autocuidado....	143
Tabla 58 - Comparación de las Medias del Nivel de Apoderamiento en Relación a Indefensión.....	144
Tabla 59 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y Escalas.....	145
Tabla 60 - Comparación Entre Indefensión Aprendida y Practicas de Autocuidado	145
Tabla 61 - Modelo Univariado de Regresión para Apoderamiento .....	146
Tabla 62 – Modelo Multivariado de Apoderamiento .....	147
Tabla 63 - Modelos Univariados de Regresión para Adherencia Intencional .....	148
Tabla 64 – Modelo Multivariado de Adherencia .....	149
Tabla 65 – Modelos Univariados para Autocuidado .....	150
Tabla 66 - Modelo Multivariado de Autocuidado .....	151
Tabla 67 – Comparación de Alpha de Chromback Según Datos Originales del ASQ y Datos de la Nueva Versión Adaptada Culturalmente y Traducida al Castellano.....	154

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Modelo de indefensión aprendida (Smallhere, 2011) .....	26
Figura 2 - Publicaciones sobre el constructo indefensión aprendida en las bases de datos Psycinfo y PubMed entre 1960 y 2014.....	27
Figura 3 - Comparación de publicaciones sobre optimismo e indefensión aprendida en las bases de datos Psycinfo y PubMed entre 1960 y 2014.....	28
Figura 4 - Fases de la adaptación al español y cultural del Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ).....	77
Figura 5 - Pasos para la traducción / retro - traducción del ASQ .....	81
Figura 6 - Descripción de la fase 2 .....	85
Figura 7 - Relación de actividades según tipo o modalidad y % de participante. ....	93
Figura 8 - Distribución de frecuencia del tipo de seguro de salud.....	119
Figure 9 - Por ciento de indefensión en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.....	123
Figure 10 - Medidas de asociación con significación estadística entre los determinantes sociales y la indefensión aprendida .....	134
Figura 11 - Determinantes relacionados a la indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.....	160



## **Lista de abreviaturas**

ASQ – Attributional Style Questionnaire

IN – Interna negativa

SN – Estable negativa

GN – Global negativa

IP – Interna negativa

SP – Estable Positiva

GP – Global positiva

CN / CoNeg - Compuesto Negativo

CP / CoPos - Compuesto Positivo

CPCN – Suma de compuesto positivo y negativo (cálculo de indefensión en el ASQ)

IS – Indefensión Aprendida

MSC – Mujer sobreviviente de cáncer de mama

CAVE – Content Analysis of Verbal Explanations

IRB – la Junta Institucional de Revisión para la protección de seres humanos en la investigación

OR – Odd Ratio

Dx – Diagnóstico

OR – Odd Ratio

Dx – Diagnóstico

DE – Desviación estándar

EE – Error estándar

**Tesis**

IC – Intervalo de confianza

OR – Riesgo relativo estimado (Odd Ratio)

RR – Riesgo relativo

df – Grados de libertad (Degrees of freedom)

## **Resumen**

Los avances en la detección temprana y los tratamientos para el cáncer han aumentado la probabilidad de sobrevivir a esta enfermedad. Según el Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, se estiman 61,928 sobrevivientes de cáncer para enero del 2010. De entre los distintos tipos de cáncer entre las mujeres en Puerto Rico, el cáncer de mama es el de mayor incidencia, prevalencia y mortalidad pero también el de más sobrevivencia. El tratamiento del cáncer, como el de todas las enfermedades crónicas, usualmente es prolongado. Además, el tratamiento produce secuelas que se manifiestan a lo largo de la vida del sobreviviente. Es por esto que las personas con diagnóstico de cáncer requieren de un mayor autocuidado posterior al diagnóstico.

El autocuidado de la salud se ha definido como las decisiones, las actitudes y las prácticas que las personas asumen para cuidar su salud. Según múltiples estudios, el autocuidado de salud incluyendo factores como el cumplimiento con el plan de seguimiento, afectan las tasas de mortalidad en los individuos. A pesar del aumento en la sobrevivencia, las tasas de mortalidad tienden a ser más altas entre los sobrevivientes oncológicos, especialmente en minorías étnicas en los Estados Unidos. Más aun, el considerar el cáncer como un agente estresor, implica que las mujeres asuman unas prácticas de autocuidado como forma de afrontamiento.

Estas prácticas mejorarían los resultados de salud asociados al tratamiento y pos-tratamiento de esta condición. Sin embargo, pocos estudios analizan la relación y posible influencia de factores psico-emocionales como la indefensión aprendida con el autocuidado de la salud para el paciente o sobreviviente de enfermedades crónicas.

**OBJETIVOS:** El estudio contó con tres objetivos: 1) Determinar el nivel de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama; 2) Identificar los determinantes sociales que afectan el nivel de IA en MSC; 3) Evaluar la asociación entre la indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento para el cuidado de salud en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Para poder medir la indefensión aprendida, se incluyó un objetivo metodológico adicional. Este objetivo consistió en diseñar y validar una versión del Cuestionario de Estilo Atribucional en español adaptado culturalmente a la población puertorriqueña.

**MÉTODOS:** El diseño del estudio fue de corte transversal. La muestra fue una por conveniencia de tipo no probabilístico. Se entrevistó a 250 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en Puerto Rico, que en el momento del estudio tenían 21 años de edad o más y aceptaron participar voluntariamente. Para la recopilación de los datos se utilizó un cuestionario de salud estructurado, que podía aplicarse en dos formatos: mediante entrevista o cuestionario autoadministrado. El cuestionario fue utilizado para determinar los niveles de indefensión aprendida, datos clínicos y socio demográficos, los determinantes sociales, el estado de salud y sus prácticas de autocuidado. El análisis estadístico se basó en distribuciones de frecuencias y medidas de tendencia central, riesgo relativo estimado (OR) y pruebas de ji cuadrado. Las variables analizadas fueron: la indefensión aprendida, los determinantes sociales, los determinantes sistémicos, las prácticas de autocuidado y el cumplimiento con la salud. Los determinantes sociales se dividieron en características demográficas, características económicas y religiosidad. Los determinantes sistémicos se clasificaron en personales e institucionales. En las prácticas de autocuidado se consideró el apoderamiento en salud, la adherencia al tratamiento médico y las acciones de autocuidado y cumplimiento con la salud.

Para medir el nivel de indefensión aprendida se decidió utilizar el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ por sus siglas en inglés). Sin embargo, no se encontró una versión en español adaptada culturalmente para la población puertorriqueña. Considerando esto, fue necesario diseñar una versión en castellano del ASQ para su utilización en dicha población. Esta versión fue evaluada en términos de la adecuación cultural y la equivalencia semántica de la nueva versión respecto de la versión original. Además, se evaluó la fiabilidad y la validez de la nueva versión.

La adaptación transcultural y la traducción del instrumento se realizaron en dos fases. La primera fase fue la traducción directa e inversa del instrumento original, mediante la participación de lingüistas profesionales y especialistas bilingües en indefensión aprendida, psicología y salud pública/epidemiología. Para la segunda fase, se realizó un proceso de entrevistas cognitivas individuales semiestructuradas. Estas entrevistas pretendían evaluar la comprensión de las preguntas, determinar si el vocabulario era adecuado y si las premisas eran culturalmente apropiadas. La fiabilidad y la validez fueron medidas en una muestra de 250 mujeres puertorriqueñas y sobrevivientes de cáncer de mama, utilizando las pruebas estadísticas del alfa de Cronbach y del Análisis Factorial. El proceso de adaptación transcultural y traducción del ASQ ha permitido obtener un instrumento en español conceptualmente semejante al original. El cuestionario tiene equivalencia transcultural con la versión original, logrando obtener un instrumento, que mantiene completa equivalencia conceptual con el original y que resulta apropiado, aceptable e igualmente válido en la nueva cultura e idioma.

**RESULTADOS:** Mediante la inclusión de la nueva versión del ASQ a la encuesta de salud titulada “Factores asociados al cuidado de salud en sobrevivientes de cáncer de mama en Puerto Rico” se encontró, que una cuarta parte de las

participantes tenían altos niveles de indefensión aprendida. La sobreviviente de cáncer con indefensión podría describirse como una mujer de 65 años o más, y diagnosticada con cáncer después de los 60 años. Las mismas tienen baja educación académica y un ingreso mensual de menos de \$1,500.00. También se sugiere que no tienen fuente propia de ingreso y dependen de ayuda económica externa.

La sobreviviente indefensa presenta factores ansiógenos en sus entornos, pobre comunicación con sus médicos y falta de orientación sobre su salud. También presentó, menor nivel de autocuidado, menor apoderamiento sobre la salud, y menor adherencia intencional al tratamiento de salud.

Los resultados de este estudio sugieren que la indefensión aprendida puede llevar a falta de apoderamiento sobre la salud y falta de autocuidado en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. El estudio también evidencia que para disminuir los niveles de indefensión y promover las prácticas de salud en las sobrevivientes, el acercamiento adecuado debe considerar ofrecer información y educación, así como disminuir las barreras de acceso de esta información.

## Summary

The advances in early detection and cancer treatments have increased the probability of cancer survival thus turning cancer into a chronic disease. Cancer has a prolonged course of treatment and this treatment may cause secondary and long-term effects that are manifested throughout the life of the survivor. According to the Puerto Rico Central Cancer Registry, by January 2010, there were 61,928 cancer survivors in Puerto Rico. In Puerto Rico, breast cancer has the highest incidence, prevalence and mortality, and also the highest level of survivorship among cancers in women. The increasing number of women in Puerto Rico who become cancer survivors require lengthy medical and self-care after diagnosis.

Self-care is defined as the decisions, attitudes and practices that people make toward their health. According to multiple studies, health self-care (including factors such as compliance with the cancer follow plan) reduces mortality rates in individuals. Despite improvements in cancer survival, mortality rates tend to be higher among cancer survivors, especially between ethnic minorities in the United States. Moreover, cancer is a psycho emotional stressor and survivors require adequate self-care practices to help them cope. This self-care should improve health outcomes associated with treatment and post-treatment of cancer. However, few studies analyze the relationship and possible influence of psycho-emotional factors such as learned helplessness with self-care for the patient or survivor of chronic diseases.

**OBJECTIVES:** The study had three main objectives: 1) Determine the level of learned helplessness among women breast cancer survivors; 2) Identify the social

determinants that affect the level of learned helplessness in women breast cancer survivors; 3) Assess the association between learned helplessness and coping actions related to health care in female breast cancer survivors.

To measure the learned helplessness, an additional methodological objective was included. This objective was to develop and validate a Spanish version of the Attributional Style Questionnaire (ASQ), culturally adapted to the Puerto Rican population. The ASQ is a questionnaire designed to measure individual differences in attributional style.

**METHODS:** A cross – sectional study was developed with the use of a structured non-disguised health questionnaire. A sample of 250 female breast cancer survivors, age 21 years or older, who lived in Puerto Rico and voluntarily agreed to participate, were included in the study and completed the questionnaire. The questionnaire was administered using two formats: by interview or self-administered. The survey was designed to determine levels of learned helplessness, clinical and socio-demographic characteristics of the participants, social determinants, health status and self-care practices. The statistical analysis was based on frequency distributions and central tendency measures, odd ratio (OR) and chi-square tests. The study variables were; learned helplessness, social determinants, systemic determinants, self-care practices and health compliance. Social determinants were divided into demographic characteristics, economic characteristics and religiosity. Systemic determinants were classified into personal and institutional. Among the self-care practices, the health empowerment, adherence to medical treatment and the actions of self-care and compliance with health were considered.

Learned helplessness is measured using the ASQ questionnaire. However, no Spanish version of the ASQ, culturally adapted to the Puerto Rican population was



found. The first step then was to design a Spanish version of the ASQ for use in this population. This questionnaire was evaluated in terms of cultural adaptation (for Puerto Rico) and semantic equivalence comparing new Spanish version to the original one in English. In addition, the reliability and validity of the new version was evaluated.

The cross-cultural adaptation and translation of the instrument was conducted in two phases. The first phase was the back to back translation of the original ASQ, through the participation of professional linguists and bilingual specialists with expertise in learned helplessness, psychology and public health / epidemiology. For the second phase, an iterative methodology using individual semi-structured interviews was conducted. These interviews were designed to assess the participants understanding of the questions, suitability of the vocabulary and test the cultural appropriateness of the questions. The reliability and validity was measured in a convenience sample of 250 Puerto Rican breast cancer survivors' women, using Cronbach's alpha and factorial analysis statistical tests. The cultural adaptation and translation successfully yielded a Spanish ASQ instrument conceptually similar to the original. The questionnaire was found to have cultural equivalence to the original version, and to be valid in the new culture and language.

**RESULTS:** Using the new version of the ASQ as one of the sections in the "Factors associated to health care in female breast cancer survivors in Puerto Rico" health survey, study data shows that a quarter of the participants had high levels of learned helplessness. We found the cancer survivor with highest rates of helplessness were most often age 65 years or older and diagnosed with cancer after 60 years of age. They have low academic education and a monthly income of less than \$ 1,500.00. Our results also show that high levels of helplessness are associated with

little or no personal source of income and the woman is often dependent on external financial assistance.

A cancer survivor with high levels of learned helplessness has also; anxiogenic factors in their environment, poor communication with their physicians and lack of proper information on their health. They also reported lower levels of self-care, lower health empowerment, and poor treatment adherence.

The results of this study suggest that high levels of learned helplessness among breast cancer survivors is associated with pessimism (or hopelessness), diminished perceived self-efficacy which together were associated with lower levels of recommended self-care. Given that it has been shown that poor self-care is associated with poorer health outcomes and survivorship, this study shows that directly addressing perceived helplessness could be a critical factor to incorporate into cancer treatment assessments and protocols in order to improve the lives of women who continue to suffer from the long term effects of cancer.

## **CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN**

## **Introducción**

La carta de Ottawa de 1986 para la promoción de la salud describe la salud como una dimensión fundamental de la calidad de vida. La salud es presentada como una fuente de riqueza de la vida cotidiana que a su vez constituye el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. Esta definición evidencia un adelanto significativo del concepto salud cuando consideramos que hasta mediados del siglo XX, al hablar de salud se hacía referencia directa a solo la ausencia de enfermedad (Piqueras et al, 2008). Bajo el dominante modelo biomédico, se asumía la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales, como por ejemplo, accidentes e infecciones (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990). No es hasta el 1947 cuando la Organización Mundial de la Salud (1948) presenta una nueva acepción de salud, definiéndola como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud se presenta como un constructo multidimensional, biopsicosocial e interaccionista bajo esta nueva conceptualización (Oblitas y Becoña, 2000).

Según esta nueva perspectiva multidimensional, las dimensiones físicas, cognitivas y sociales han sido oficialmente reconocidas y ampliamente investigadas como determinantes de la salud (WHO, 1980; 1997). Además, una gran cantidad de investigaciones han apoyado otras áreas importantes para la salud como la dimensión de espiritualidad, (Paranjape y Kaslow, 2010; Eckersley, 2007; Idler y Kasl, 1997; Koenig, Hays, George, Blazer, Larson y Landerman, 1997; Park y Cohen, 1993; Pargament y Hahn, 1986) y la dimensión ambiental (Ordóñez, 2000).

La evaluación del constructo salud, implica un acercamiento multidimensional más allá del cuidado físico de la misma. La cuantificación de la carga de morbilidad a

lo largo de la historia ha sido una de las medidas objetivas más utilizadas del estado de salud de la población. Al inicio del siglo XX, las principales causas de muerte estaban asociadas a enfermedades infecciosas. En la actualidad, son las enfermedades crónicas como el cáncer, y la enfermedad coronaria las que ocupan los primeros lugares como causas de muerte (Turnock, 2012). Otro producto de esta transición en la salud poblacional es el desarrollo de una visión multidisciplinaria de los cuidados que necesitan las personas que padecen de dichas condiciones.

La mencionada transición, en gran medida es producto de un fenómeno multi-causal mediante el cual las enfermedades no tienen una causa única, pues múltiples factores combinados afectan la salud de los individuos y las comunidades. Dichos factores han sido denominados como los determinantes de la salud, uno de los cuales son los determinantes sociales (OMS, 2015; OMS, 2008). Los determinantes sociales de la salud han sido definidos como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (OMS, 2012). La distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local determinan estas circunstancias.

Aparte de los distintos determinantes del entorno, Piqueras y colaboradores (2008) mencionan que la investigación actual coincide en que determinadas características de personalidad pueden incrementar el riesgo de sufrir enfermedades crónicas. Esto podría deberse a que se acrecientan las probabilidades de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud o sufra de estados emocionales negativos que afectan el funcionamiento del sistema inmunológico, el sistema endocrino-metabólico y en general, de todas las funciones fisiológicas (Martín, 2005).

El malestar emocional es una barrera para que la población se implique en hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, llevar una dieta balanceada, entre otros (Leventhal, Prochaska y Hirschman, 1985; Möttus,

McNeill, Jia, Craig, Starr y Deary, 2013). En cambio, las emociones positivas, como la alegría, ayudan a mantener e incluso recuperar la salud (Nezu, Nezu y Blissett, 1988; Kok y Cols., 2013). Cobb-Clark, Kassenboehmer, y Schurer, (2014) sugieren una relación positiva en cuanto a hábitos saludables como la dieta, el ejercicio físico con factores como las emociones y el locus de control interno. Kok y colaboradores (2013) coinciden con muchos otros estudios al sugerir que las personas que experimentan más emociones positivas, viven vidas más largas y más saludables. Según estos investigadores, la evidencia empírica que indica claras relaciones entre las emociones positivas para la salud física (Howell, Kern y Lyubomirsky, 2007) y la longevidad (Chida y Steptoe, 2008) así como relaciona las emociones negativas con los problemas de salud y más temprana mortalidad, ha crecido de forma constante durante una década.

Entre los estados psicológicos y emocionales relacionados con la conducta y la salud, uno de los binomios estudiados ha sido el de la indefensión aprendida / optimismo. La indefensión aprendida (IA) es un fenómeno psicológico en el cual, el organismo que es expuesto a situaciones aversivas incontrolables, aprende que sus respuestas son independientes de las consecuencias, que haga lo que haga, no va a cambiar la situación, por lo que deja de responder. Este aprendizaje lleva al desarrollo de la expectativa de que en el futuro tampoco habrá relación de contingencia entre las acciones y las consecuencias (Seligman, 1975). Por consiguiente, la indefensión aprendida produce un rápido deterioro que impide responder de forma adaptativa a una situación traumática o iniciar respuestas voluntarias para ejercer control sobre los acontecimientos; incluso dificulta a la persona aprender que su respuesta ha sido eficaz, aun cuando realmente lo haya sido.

Esta teoría fue reformulada unos años más tarde para explicar mejor la indefensión humana (Abramson, Seligman y Tealsdale, 1978). En su nueva formulación se sugiere que el tipo de atribuciones que hace el sujeto determinan el nivel de cronicidad y generalidad de su indefensión. Según estos autores, las atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Las personas con estilos explicativos caracterizados por los polos de internalidad, estabilidad y globalidad se definirían como indefensos o pesimistas. Las personas con estilos explicativos caracterizados por externalidad, inestabilidad y especificidad se definirían como los optimistas.

El optimismo puede definirse como la inclinación de los individuos a esperar resultados favorables y positivos de la vida, siendo un aspecto que se encuentra profundamente ligado al bienestar psicológico y físico de los sujetos. Se puede decir que es un aspecto de la personalidad que determinará el bienestar subjetivo del individuo (Carter, et *al.*, 1993). El optimismo actuaría como un factor moderador intermedio en la salud y los comportamientos de las personas, ya que serviría como elemento motivador de las conductas que promueven el cambio y la acción humana (Avia y Vázquez, 1999; Carver y Scheier, 2001).

El estilo explicativo optimista (EEO) predice una mejor salud general, y menos vulnerabilidad a las enfermedades físicas (Kamen, et al., 1987), un mejor funcionamiento del sistema inmunológico (Peterson y Avila, 1995), así como una menor tasa de mortalidad (Peterson, Seligman, Yurko, Martín y Friedman, 1998) en comparación con el Estilo Explicativo Pesimista (EEP). En un estudio ya clásico, Peterson, Seligman y Vaillant (1988), mediante un diseño longitudinal analizaron a un grupo de 99 personas durante 35 años encontrando que el EEP aparentaba ser factor de riesgo para trastornos y enfermedades físicas.

Peterson (1988) sugiere que la salud empeora más rápidamente si se tiene un estilo explicativo negativo. Buchanan y Seligman (1995), encontraron que los sobrevivientes a un ataque cardíaco, que tenían un estilo EEO vivían más tiempo que aquellos con estilo pesimista. En cuanto a otros tipos de respuesta de los sistemas, Kamen-Siegel, Rodin, Seligman y Dwyner, (1991) sugieren que la actividad inmunológica correlaciona en cierto grado y de forma positiva con el estilo explicativo optimista. En estudios realizados con enfermos de cáncer, Levy, Lee, Bagley y Lippman (1988), comprobaron que las mujeres a las que se les diagnosticó cáncer y poseían un estilo atribucional optimista vivían más tiempo que mujeres con estilo pesimista. La evaluación del rol de la indefensión en los diferentes aspectos del cuidado de salud de las sobrevivientes de cáncer de mama es relevante debido a la complejidad de este proceso durante y pos tratamiento. El cáncer, al ser una enfermedad crónica requiere de un mayor autocuidado posterior al diagnóstico.

Esta condición crónica supone el cumplimiento de una serie de recomendaciones para el protocolo de seguimiento del sobreviviente de cáncer. Considerando el cáncer como un agente estresor, implica que las mujeres asuman unas prácticas de autocuidado como forma de afrontamiento para mejorar resultados de salud asociados al tratamiento y postratamiento de esta condición. Lazarus y Folkman (1984) definen afrontamiento como la suma de esfuerzos cognitivos y conductuales, en constante cambio, que tienen como objetivo manejar las demandas particulares, ya sean internas o externas, que son vistas como impuestos o que exceden los recursos de la persona. Por consiguiente, afrontamiento es la respuesta o actividad que se lleva a cabo, para buscar y aplicar soluciones a situaciones de estrés o problemas que surgen a causa de factores estresantes. Esta respuesta de afrontamiento está dirigida a la prevención de un posible encuentro con un factor de estrés futuro.



Como describen de Castro y Moro (2012), el autocuidado como forma de afrontamiento activo, se refiere a un “conjunto de actividades que la persona realiza de manera consciente para mantener su vida, su salud y su bienestar, y es necesario que sea incentivado durante todas las etapas de la enfermedad” (p 453). El cuidado médico pos tratamiento de las sobrevivientes de cáncer de mama está dirigido a la vigilancia para detectar recurrencias, monitorear enfermedades o condiciones resultantes de los tratamientos de cáncer y al mantenimiento general de salud (Hurria y Hudis, 2003; Burstein y Winer 2000; Partridge, Winer y Burstein, 2003).

Las estadísticas sobre la sobrevivencia del cáncer son alentadoras, lo que implica que más personas viven con el impacto significativo que el tratamiento puede causar, al igual que los efectos secundarios. Este impacto está asociado a múltiples resultados de salud a largo plazo así como a secuelas psicosociales en los sobrevivientes (Stricker, 2007; Rowland y Yancik, 2006; Nord, Mykletun, Thorsen, Bjørø y Fosså, 2005; Demark-Wahnefried, Pinto y Gritz, 2006; Demark-Wahnefried, Aziz, Rowland y Pinto, 2005; Carver, et al. 2007; Baade, Fritschi y Eakin, 2006; Jones y Demark-Wahnefried, 2006; Chlebowski, 2005). Además del riesgo de recurrencia, los datos claramente muestran que al comparar poblaciones semejantes en características como la edad y la raza, los sobrevivientes de cáncer están en mayor riesgo de desarrollar segundos cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoporosis así como deterioro psicológico y funcional (Demark-Wahnefried y Jones, 2008). Algunos de los resultados de salud encontrados son la ansiedad y los trastornos de ansiedad, los problemas de sueño y la obesidad (Palesh, Aldridge-Gerry, Ulusakarya, Ortiz-Tudela, Capuron y Innominato, 2013; Carmichael, 2006; Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland y Koch, 2010). Se cree que estas condiciones comórbidas surgen como resultado de efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer, la

predisposición genética y el de estilo de vida (Demark-Wahnefried, Pinto y Gritz, 2006; Demark-Wahnefried, Aziz, Rowland y Pinto, 2005; Jones y Demark-Wahnefried, 2006). Esto hace necesario un mayor autocuidado de la salud general por parte de la población sobreviviente de cáncer (Demark-Wahnefried y Jones, 2008).

En los estudios sobre sobrevivencia del cáncer se han investigado múltiples dimensiones de la salud, destacando el trabajo en la dimensión física o clínica, seguidas de las dimensiones psico-emocional, social, ambiental y espiritual. La dimensión psico-emocional se ha trabajado desde varias perspectivas con relación al proceso de adaptación psicológica, a la enfermedad, así como del cuidado de salud en las sobrevivientes de cáncer de mama. Los primeros informes de la década de 1950 sobre el impacto psicológico del cáncer de mama destacaron el potencial de la ira, la ansiedad, la depresión, la impotencia, el estigma y el aislamiento social (Bard y Sutherland, 1955). Estudios posteriores confirman estas conclusiones y han documentado como el impacto psicológico de la enfermedad, los trastornos de adaptación, la depresión y la ansiedad afectan la capacidad de los pacientes con cáncer de mama para hacer frente a los factores estresantes de la vida cotidiana. También se ha documentado pueden generar sentimientos de miedo, ira y culpa (Glanz y Lerman, 1992; Razavi y Stiefel, 1999; Tapper, 1999; van der de Pompe, Antoni, Visser y Garssen, 1996). La represión emocional también se ha relacionado con las mujeres con cáncer de mama (Greer y Watson, 1985; Lilja, Smith, Malmstrom, y Salford, 1998; Watson, et. al., 1991). Por otro lado, se ha sugerido que las mujeres son mucho más propensas a sufrir de enfermedades relacionadas con el estrés mental que los hombres (Leuner, Mendolia-Loffredo y Shors, 2004; Heikkilä, y cols., 2013).

Además de los problemas emocionales y psicológicos y de adaptación o ajuste, un diagnóstico de cáncer de mama pone a las mujeres cara a cara con la posibilidad de futuras recurrencias y más aún, con los problemas existenciales de vida o muerte, así que puede provocar una necesidad de abordar la espiritualidad (Park y Cohen, 1993; Cole y Pargament, 1999; Moadel et al, 1999; Park, Cho, Blank y Wortmann, 2013). De hecho, existe un interés permanente en el examen de la asociación de la espiritualidad con la salud (Koenig, McCullough y Larson 2001; Büssing, Baumann, Hvidt, Koenig, Puchalski y Swinton, 2014) estudiándose también, como una dimensión de la salud y de su cuidado (Frey, Daaleman y Peyton, 2005; Hosseini, Davidson, Fallahi Khoshknab y Green, 2013). El dominio espiritual se ha descrito como un constructo útil para proporcionar "información importante y única, con implicaciones clínicas y poder explicativo... esta información se pierde cuando el dominio espiritual se pasa por alto" (Brady, Peterman, Fitchett, Mo y Cella, 1999, p. 426).

La salud social es otra de las dimensiones de salud que ha sido estudiada e incluso presentada como parte de la definición del constructo salud. El apoyo social y emocional, a menudo proporcionado por algún familiar o cuidador, puede reducir el nivel de stress (Goodwin, et al., 2001), lo que a su vez puede mejorar la inmunovigilancia contra la recurrencia del cáncer. El apoyo social y emocional puede ser más importante que el apoyo instrumental para la sobrevivencia del cáncer de mama (Reynolds, et al., 1994; Ell, et al., 1992; Kavitha y Jayan, 2014). Coincidente con estos datos, estudios previos han sugerido asociaciones generalmente elevadas entre las redes sociales débiles o la falta de apoyo social y la mortalidad, pero a menudo estas asociaciones no han presentado resultados significativos (Reynolds, et al., 1994; Ell, et al., 1992; Butow y Coates, Dunn, 2000; Vigano, et al. 2000).

## **Problema**

Las características que expliquen por qué las personas deciden cuidarse o no, podrían tener una repercusión a la hora de tener indicadores de morbilidad y mortalidad adecuados. Desde una perspectiva bio-conductual se ha establecido que los factores psico-emocionales como las emociones pueden afectar a la salud. Dichos efectos pueden observarse de varias formas; de manera indirecta, a través de conductas de salud o el cumplimiento del cuidado médico, y directamente, a través de alteraciones en el funcionamiento de los sistemas nervioso central, inmune, endocrino y cardiovascular (Kiecolt-Glaser, et. al., 2002; Andersen, Kiecolt-Glaser, Glaser, 1994). Sin embargo, pocos estudios analizan la relación y la posible influencia de factores psico-emocionales como la indefensión aprendida con el auto-cuidado de la salud para el paciente o sobreviviente de enfermedades crónicas. Esto, aun cuando múltiples estudios han sugerido que el auto-cuidado de salud, incluyendo factores como el cumplimiento con el plan de seguimiento, afectan las tasas de mortalidad en los individuos, siendo más altas entre los sobrevivientes oncológicos, especialmente en minorías étnicas en los Estados Unidos (Li, Malone y Daling, 2003; Shavers, Harlan y Stevens, 2003; Shavers y Brown, 2002; de Castro y Moro, 2012).

## Justificación

El conocer el papel de la indefensión aprendida en relación a las prácticas de auto cuidado podría aportar al desarrollo de estrategias para mejorar dichas destrezas en los sobrevivientes de cáncer. Por ejemplo, de entenderse que la indefensión afecta el autocuidado, se podría trabajar en técnicas y estrategias de prevención de indefensión así como de tratamiento. Con respecto al tratamiento de la indefensión aprendida, Seligman, (1975) sugiere que consiste en producir en el sujeto una expectativa de contingencia entre sus respuestas y las consecuencias, de forma que el sujeto reconozca que sus propias respuestas producen refuerzos. Como tratamiento entonces se promueve la utilización de programas de reforzamiento mediante el desarrollo de atribuciones externas y específicas en los sujetos indefensos (Yela, 1992). El objetivo de este proceso de tratamiento a la indefensión o de técnicas preventivas del mismo es lograr inmunización de indefensión en el sujeto. El proceso de inmunización se producirá cuando un sujeto experimente lograr tener dominio sobre una situación con consecuencias adversas, antes de llegar a ser incontrolables. La investigación sobre el desarrollo de la depresión y la ansiedad basada en la teoría de indefensión aprendida sugiere que los trastornos de internalización pueden reducirse, incluso prevenirse, mediante estrategias que promuevan estilos cognitivos más precisos, destrezas y habilidades en solución de conflictos, y relaciones familiares de apoyo. Varias intervenciones cognitivo-conductuales han mostrado promesa en el tratamiento y la prevención de la depresión y la ansiedad (Kluger, 1996; Mikulincer, 1994; Boggiano y Barrett, 1985).

**Tesis**

Este estudio aporta información sobre si existe relación entre la indefinición aprendida y las diversas dimensiones de la salud en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. También pretende evaluar la prevalencia de prácticas de auto cuidado (en distintas dimensiones de la salud) de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama según el tiempo desde su diagnóstico, los factores demográficos y los determinantes sociales.

## **CAPÍTULO II - FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

## **Introducción**

Con el propósito de estudiar la indefensión aprendida como determinante de la salud en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, se utilizó la teoría reformulada de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Este modelo de estrés incontrolable y generador de malestar emocional, ha sido extensamente estudiado en el ambiente clínico y experimental (Torres, Robert, Tejero, Boget, y Pérez, 2006; Velbinger, De Vry, Jentzsch, Eckert, Henn y Müller, 2000). Dicho acercamiento es una extensión del modelo de la indefensión aprendida original, de Seligman (1975). La indefensión aprendida ha sido descrita como un déficit de escape o evitación después de un estrés incontrolable, siendo considerado un déficit de afrontamiento con características de depresión ante situaciones aversivas pero evitables (Vollmayr y Gass, 2013).

En este capítulo se describe la teoría de la indefensión aprendida así como el marco teórico utilizado para orientar la conceptualización de esta tesis doctoral. Se revisará la literatura conceptual, teórica y de investigación relevante para el estudio, concentrando en la indefensión aprendida, y su relación a la salud. Se discutirá literatura sobre la relación entre el modelo de IA y salud, dando énfasis a estudios de este constructo y su relación con el cáncer. Se presenta a continuación una síntesis de la historia de la teoría de la indefensión aprendida.



## Trasfondo

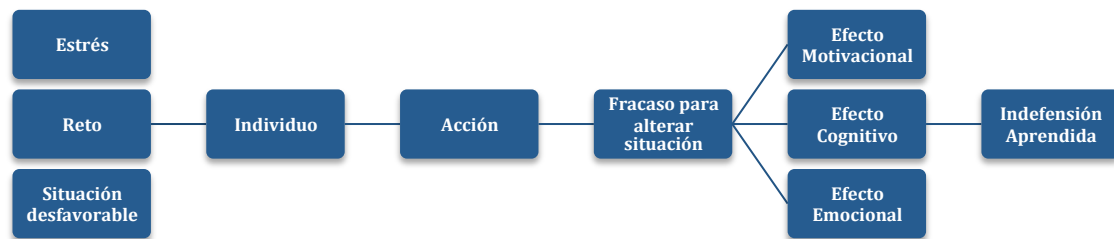
La indefensión aprendida como modelo relacionado a estados psicológicos y emocionales ha sido extensamente vinculada a la sintomatología depresiva, así como a diversos factores psico-sociales, desarrollándose en campos prometedores como la psicología de la salud (Keefe, Smith, Buffington, Gibson, Studts, y Caldwell, 2002; Torres, Robert, Tejero, Boget, y Pérez, 2006). La conceptualización de la indefensión ha cambiado como resultado del desarrollo de evidencia empírica, siendo presentadas múltiples definiciones para este concepto a lo largo del tiempo (Tabla 1).

**Tabla 1 - Definiciones de Indefensión Aprendida**

<i>Autor</i>	<i>Definición</i>
Miller y Seligman (1975)	"la interferencia con el aprendizaje de escape / evitación, producido en una variedad de situaciones con diferentes tipos de eventos aversivos incontrolables, y en una amplia variedad de especies" (p. 228).
Hiroto (1975)	"la interferencia con las respuestas instrumentales siguientes a eventos aversivos ineludibles" (p. 311)
Raps y colegas (1982)	Tras la introducción del concepto de indefensión en individuos hospitalizados, lo definen como "una reacción a la pérdida de control que conlleva déficits a nivel cognitivo, motivacional, y emocionales a raíz de la expectativa de que las respuestas y los resultados son independientes entre sí "(p. 1036).
(Henkel, Bussfeld, Moler y Hegerl, 2002; Schneider, 1980)	En la actualidad, los investigadores y los médicos generalmente definen indefensión como el estado psicológico que resulta de una situación en la que las respuestas no se producen como consecuencia de los actos de una persona, pero sin control desde el punto de vista de un individuo

Una de las definiciones más aceptadas es la presentada por Seligman, (1975) (figura 1). Seligman (1975) define indefensión aprendida como un estado o fenómeno psicológico en que el organismo que ha sido expuesto a situaciones en las que las consecuencias son independientes de todas sus respuestas, aprende que las

consecuencias son, de hecho, incontrolables. Por lo tanto, el organismo aprende a no responder, puesto que la acción no genera posibilidad de cambio alguno. Este aprendizaje lleva al desarrollo de la expectativa de que en el futuro tampoco habrá relación de contingencia entre las acciones y las consecuencias.

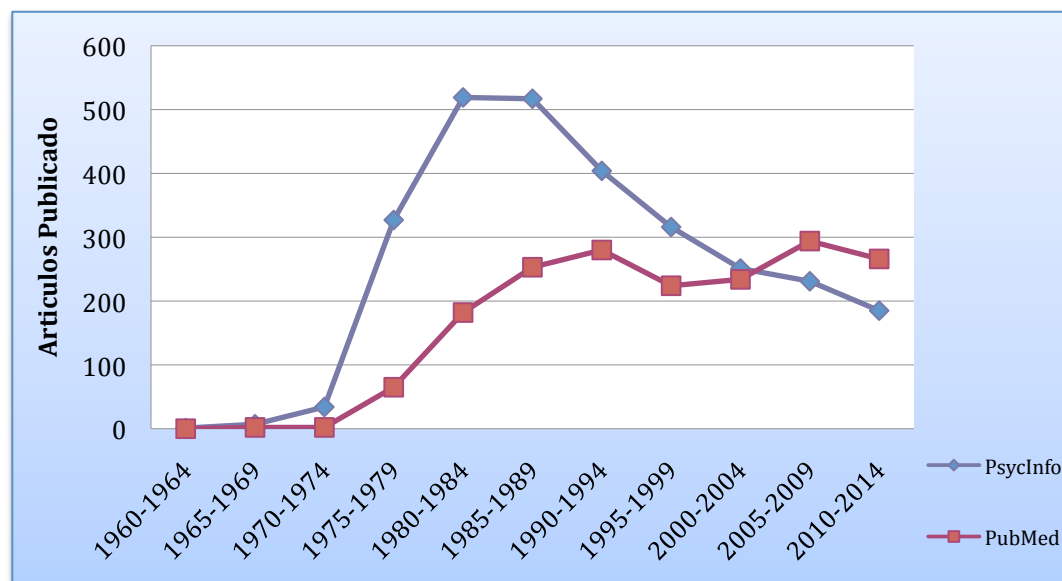


**Figura 1 - Modelo de indefensión aprendida (Smallhere, 2011)**

Se introdujo la teoría de la indefensión aprendida a raíz de los trabajos comenzados por Maier y Seligman (1976) y los primeros años de investigación sobre este fenómeno de la IA. La teoría de la indefensión aprendida como modelo de investigación translacional ha sido utilizado para explicar tanto la conducta animal como la humana en procesos de aprendizaje y afrontamiento, con especial énfasis en las conductas depresivas. Este modelo que comienza siendo parte de un proceso de experimentación en condicionamiento, es actualmente el modelo generador de múltiples modelos, teorías e hipótesis explicativas en áreas como la educación, la salud y el rendimiento deportivo, entre otros muchos temas.

La comprensión conceptual del fenómeno de la indefensión ha tenido un incremento significativo tras la introducción de la teoría de la indefensión aprendida y la consiguiente investigación (Smallhill, 2011). Lo que en sus inicios fue considerado como un fenómeno asociado con la conducta animal (Braud, 1969; Maier y Testa,

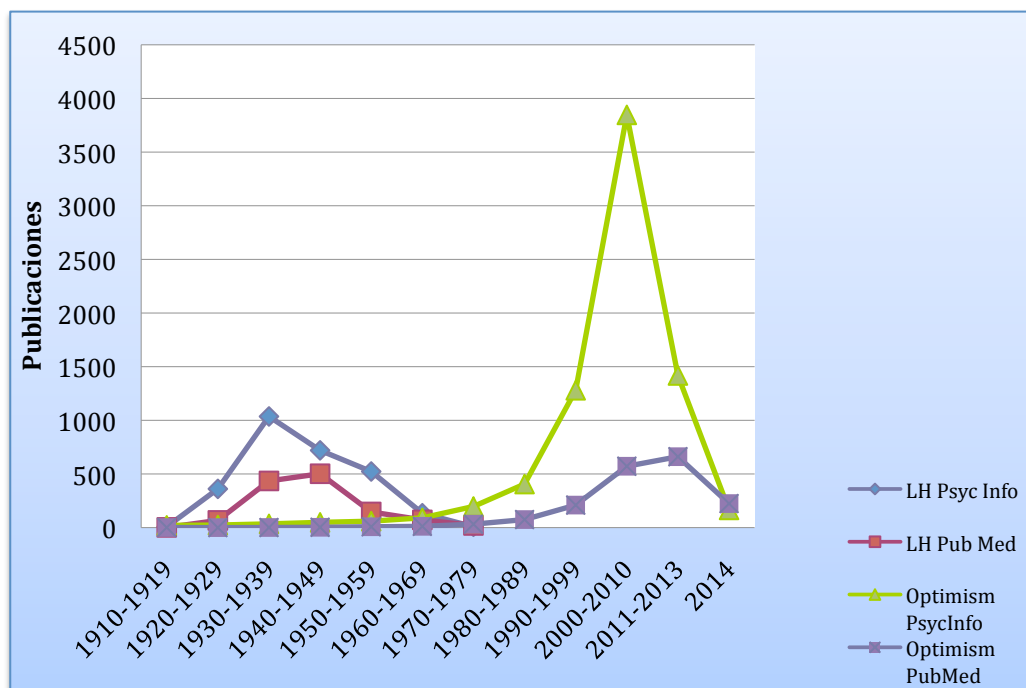
1975; Overmier, 1967, Overmier y Seligman, 1968; Padilla, Padilla, Ketterer, y Giacalone, 1970; Seligman, 1975; Seward y Humphrey, 1967; Seligman y Maier, 1967) es ahora reconocida como un factor significativo relacionado con problemas psicológicos en los seres humanos (Smallhill, 2011). Con la esperanza de nuevas relaciones de entendimiento para optimizar la salud psicológica, la salud física y el bienestar general, las relaciones entre la indefensión, el miedo, la ansiedad y los síntomas de depresión y otras formas de morbilidad psicológica se siguen estudiando en una variedad de poblaciones y situaciones clínicas como por ejemplo, el dolor crónico, la epilepsia, la artritis reumatoide y la medicina general (Smallhill, 2011).



**Figura 2 - Publicaciones sobre el constructo indefensión aprendida en las bases de datos Psycinfo y PubMed entre 1960 y 2014**

En un análisis bibliométrico realizado sobre el tema de la Indefensión Aprendida, utilizando las bases de datos Psycinfo y Pubmed, se puede observar la evolución del interés de los investigadores por la IA (ver figura 2). En la búsqueda se consideraron artículos que incluyeran el concepto de IA como parte de sus títulos o

palabras clave. El resultado de esta búsqueda resalta que tras el nacimiento de este modelo (durante los años 60), la producción de investigación sobre este tema durante las pasadas cinco décadas, ha sido constante. Durante la década de los 80 y los 90 tiene su punto pico con más de 500 publicaciones al año, bajando a mediados de los 90 y con un nuevo interés a partir del 2009 (300 publicaciones en PubMed). Cabe señalar, que la merma en publicaciones coincide con el desarrollo por parte de los mismos autores de nuevas teorías y modelos relacionados a la indefensión como el modelo de optimismo aprendido (figura 3). El estudio del optimismo como recurso psicológico surge como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los eventos negativos que les suceden a las personas en sus vidas. Estos autores describen la existencia de dos estilos explicativos; el optimista y el pesimista (Gillham, Shatté, Reivich, y Seligman, 2001).



**Figura 3 - Comparación de publicaciones sobre optimismo e indefensión aprendida en las bases de datos Psycinfo y PubMed entre 1960 y 2014.**

## **Conceptualización del Modelo de la Indefensión Aprendida**

El estudio de la indefensión aprendida como fenómeno de la conducta se origina en el trabajo experimental con perros de Martin Seligman y sus colegas (Overhear y Seligman, 1967; Seligman y Maier, 1967). En 1965, Seligman y sus colegas utilizaron un modelo animal para estudiar la relación entre el miedo y el aprendizaje de evitación. Aplicando la teoría del condicionamiento clásico de Pavlov, Seligman intento condicionar a perros para que aprendieran a tener miedo a través de un estímulo (un sonido) que precedía a una descarga eléctrica. Seligman sugería que los perros realizarían algún tipo de comportamiento de escape, ya que habrían aprendido que el sonido se asociaría a un estímulo desagradable. Sin embargo, el equipo de investigación observó que cuando los perros fueron restringidos durante la actividad de la asociación inicial, el intento de que aprendieran a intentar escapar fue inútil. Una vez liberados, los perros no hicieron ningún intento de escapar de la descarga eléctrica. Por el contrario, los perros que estaban sin restricciones durante la actividad de aprendizaje fácilmente aprendieron a pasar por encima de una pequeña brecha para escapar del doloroso estímulo (Maier, Peterson y Schwartz, 2000; Miller y Seligman, 1975).

Después de sus primeras observaciones y con el propósito de validar sus conclusiones anteriores, Seligman realizó otros estudios con perros y modelos de ratas con otras situaciones de estímulo-respuesta. Estas investigaciones que incluían perros y ratas, utilizaban el diseño triádico. Como explica de Vicente (2010), este tipo de diseño, implica a tres grupos de sujetos (el grupo escapable, el grupo inescapable y el grupo control). Los tres grupos eran sometidos a dos fases de estudio: fase pre tratamiento y fase de prueba. En la fase pre tratamiento, el grupo escapable es

expuesto consecuencias aversivas que pueden ser controladas por respuestas intencionales del sujeto. En este caso, el reforzamiento es contingente a la respuesta del sujeto. El segundo grupo (grupo inescapable, o "acoplado") los sujetos son expuestos al mismo suceso aversivo, pero no tienen control de los mismos, los sucesos, son incontrolables para los sujetos, (el reforzamiento no es contingente a la respuesta del sujeto). El tercer grupo (grupo control) los sujetos no participan de una fase de tratamiento.

En la segunda fase o fase de prueba, todos los sujetos son expuestos a una tarea instrumental (igual para todos los grupos). En esta tarea, las consecuencias están relacionadas contingentemente con alguna respuesta de los sujetos, siendo las consecuencias controlables para todos los sujetos (de Vicente, 2010; Martos – Montes, 2012).

De estos experimentos, Seligman y Maier (1967) concluyen que en última instancia, los animales aprendieron que la terminación de la descarga eléctrica era independiente de cualquier intento de su parte para responder a la descarga. Estos resultados ayudaron a desarrollar las bases de la hipótesis de indefensión aprendida.

Como teoría, la indefensión aprendida se caracteriza por la incapacidad de una persona para tener respuestas “daño – evitación”, aun cuando estas respuestas conducen a una menor exposición al daño o riesgo de daño (Hogben, Gange, Watts, Robinson, Young, Richardson, Cohen, y Dehovitz, 2001). En otras palabras, la teoría de la indefensión aprendida, supone que el aprendizaje interfiere con la formación de asociaciones entre la respuesta de escape (es decir, para pasar a una zona de seguridad) y la terminación de la descarga eléctrica o estímulo negativo. Este aprendizaje debilita la motivación para tratar de escapar (Maier, Peterson, y Schwartz, 2000). Por ejemplo, cuando un individuo aprende que el resultado va a ser

independiente de su acción, entenderá que la conclusión es que no hay ningún beneficio deseado a sus acciones. Por lo tanto, en tales situaciones, se experimentarán respuestas negativas (por ejemplo, angustia, y baja auto-eficacia) y los intentos del individuo a realizar conductas de escape disminuirán en frecuencia (Smallheer, 2011).

Según Peterson, Maier y Seligman (1993), la teoría de la indefensión consta de tres componentes esenciales: la contingencia, la cognición y el comportamiento.

Contingencia, se refiere a la relación objetiva entre la acción de un individuo y los resultados derivados de la experiencia. La contingencia se puede describir en dos constructos: controlabilidad y falta de control. El constructo de controlabilidad se define cuando las acciones del individuo producen de forma fiable los resultados. La falta de control se refiere a la relación aleatoria entre las acciones y los resultados.

Cognición se refiere a la forma en que la persona percibe, explica y extrapola la contingencia (John-Langba, 2004). El proceso de la cognición se compone de varias etapas en las que la persona primero comprende la contingencia. Subsiguientemente, la persona explica lo que es, y por último, utiliza su percepción y explicación para formar una expectativa sobre el futuro. Si se experimenta una falla que la persona cree que es causada por inanidad, entonces se espera la insuficiencia de nuevo, cuando el individuo se encuentra en situaciones que requieren de inteligencia (Peterson, Maier, y Seligman, 1993).

Comportamiento hace referencia a las consecuencias observables de la no contingencia y las cogniciones del individuo al respecto (John-Langba, 2004).

Considerando esto, por definición, los estudios de indefensión aprendida miden la pasividad frente la actividad de un individuo en una situación diferente de aquella en la que se encontró por primera vez la incontrolabilidad.

Por otro lado, el modelo de indefensión aprendida sostiene que existen otras posibles consecuencias de las expectativas de la persona sobre la futura indefensión: el retraso cognitivo, la baja autoestima, la pérdida de la agresión, los cambios inmunológicos y la enfermedades físicas (Peterson, Maier, y Seligman , 1993). Por lo tanto, un caso evidente y claro de la indefensión aprendida debe tener los tres componentes: la no-contingencia entre las acciones de la persona y los resultados, la expectativa de que el resultado no va a estar condicionada en el futuro, y el comportamiento pasivo (Peterson, Maier, y Seligman, 1993).

### **Evolución de la teoría de la indefensión aprendida**

Según se menciona anteriormente, la teoría de la indefensión aprendida se desarrolla originalmente con el propósito de explicar el por qué los perros que experimentaban descargas eléctricas incontrolables no lograron aprender conductas de escape o comportamientos de evitación (Overmeier y Seligman, 1967). Seligman y sus colegas descubrieron que cuando los animales de laboratorio fueron sometidos en varias ocasiones a descargas eléctricas no contingentes, se volvieron incapaces de escapar de la situación, incluso cuando el escape era posible y evidente para los otros animales que no habían sido sometidos al entrenamiento de indefensión (Walker, 2000).

Los primeros experimentos encontraron que los perros aprendieron a ser totalmente pasivos ante ambientes aversivos que no podían controlar. Con el fin de crear este tipo de entornos, los perros fueron expuestos a una serie de descargas eléctricas que no podían ni impedir, ni controlar. Cuando se coloca en situaciones similares que involucraron descargas eléctricas que en realidad podrían ser



controlados por una respuesta simple, los perros que habían experimentado las situaciones incontrolables aceptaron pasivamente las descargas eléctricas controlables (John-Langba, 2004). Por el contrario, los perros que no habían tenido experiencias incontrolables aprendieron con facilidad a evitar las descargas eléctricas (Walker, 2000).

Walker (2000) describe que los investigadores hipotetizaron que los perros que habían aprendido que sus conductas no tenían influencia sobre los acontecimientos externos, aprendieron a ser completamente pasivos e indefensos, en respuesta a situaciones de estrés. Seligman (1975) comparó este fenómeno a una especie de depresión humana, y mostró que tiene componentes cognitivos, motivacionales y de comportamiento. Él denominó este fenómeno "indefensión aprendida". Esta explicación cognitiva de las conductas pasivas de los perros no tardó en ser conocida como la "teoría de la indefensión aprendida" (Maier y Seligman, 1976).

Sin embargo, aun cuando muchos de sus elementos se podían probar como ciertos y efectivos para explicar múltiples procesos de conducta y aprendizaje humano, esta teoría original demostró ser demasiado sencilla para los seres humanos. Pronto se hizo evidente que no todas las personas responden de la misma manera ante situaciones incontrolables (Abramson, Seligman, y Teasdale, 1978; Peterson y Park, 1998).

Varias deficiencias teóricas se identificaron posteriormente con respecto a la teoría original, en especial sobre la falta de control sobre el comportamiento humano (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). La posibilidad de más de un tipo de percepción de indefensión existente fue la primera insuficiencia identificada. Una segunda crítica a la teoría fue que ésta no consideraba la posibilidad de factores que

podían provocar el que se generalizara la indefensión de una situación a otra. Por último, la teoría no explicaba o definía los límites de cronicidad de la indefensión a través del tiempo (Olson, 1983).

### **Teoría reformulada de la indefensión aprendida**

Como describe John-Langba (2004), con el propósito de resolver las deficiencias identificadas se incorporaron elementos de la teoría atribucional en el modelo teórico original. La reformulación del modelo de Seligman incluyó como elementos moduladores las atribuciones hechas por el individuo entre la percepción actual de no contingencia y la expectativa futura de que tampoco habrá contingencia. Según este modelo, las explicaciones de incontrolabilidad pueden situarse en tres dimensiones: global frente específica (globalidad), estable frente a inestable (estabilidad), e interna frente externo (internalidad). Se pueden hacer ocho combinaciones de estas tres dimensiones y se considera un sesgo atribucional la presentación de la combinación aplicada más continuamente por el individuo (John-Langba, 2004).

A raíz de dichas modificaciones, el nuevo modelo comenzó a llamarse teoría reformulada de la indefensión aprendida (Abramson et al, 1978; Abramson, Garber, y Seligman, 1980). Abramson y colaboradores (1978) explicaron la aparente variabilidad en la respuesta humana al ver las atribuciones causales individuales para los acontecimientos negativos; es decir, cómo un individuo explica el acontecimiento aversivo incontrolable y desagradable. El modelo reformulado sugiere que tales atribuciones fueron influenciadas por la relevancia percibida de las señales

situacionales; mientras más ambiguo, es más probable que un individuo esté sujeto a sus sesgos atribucionales. Estos sesgos de atribución, a su vez, se cree que reflejan la idea común de un individuo acerca de lo que causó el acontecimiento negativo e incontrolable. Una creencia asociada refiere la propia capacidad del individuo para influir en el resultado final del evento, o locus de control (Rotter, 1966). De tal manera, que los individuos desarrollan e interpretan sus creencias basadas en dos factores, la causa del evento (sesgo atribucional) y el resultado (locus de control), (Peterson, Maier, y Seligman, 1993).

Entonces, la teoría reformulada sugiere que un sesgo de atribución global, estable e interna ante acontecimientos desagradables representa el estado clásico de indefensión aprendida (John-Langba, 2004). Una atribución causal global se produce cuando el individuo presume que la causa de los eventos negativos es consistente a través de múltiples situaciones, mientras que una atribución causal específica se produce cuando el individuo presume que la causa es exclusiva de una sola situación. Una atribución causal estable ocurre cuando el individuo presume que la causa es consistente a través del tiempo, mientras que una atribución causal inestable ocurre cuando el individuo presume que la causa es específica de un punto en el tiempo (Abramson et al., 1978). Por último, la teoría de la indefensión aprendida reformulada sugiere que una atribución causal interna connota indefensión personal, o la creencia de que se produjo la situación incontrolable debido a alguna característica personal inherente. Considerando este factor, no es sorprendente que las atribuciones causales internas se asocien a baja autoestima en el individuo (Olson, 1983). Atribuciones causales externas, por su parte, indican indefensión universal o la creencia de que la situación perceptiblemente incontrolable surgió debido a fuerzas externas e independientes (Abramson et al., 1978).

Estos planteamientos hipotéticos basados en las atribuciones constituyen la reformulación de la teoría atribucional de la indefensión aprendida (Peterson y Park, 2007). Esta nueva perspectiva teórica mantiene el modelo original, donde los acontecimientos incontrolables la producen déficits cuando dan lugar a una expectativa de independencia respuesta-resultado. La naturaleza de estos déficit, sin embargo, ahora se dice que está influenciado o puede ser explicada por la atribución causal que ofrece el individuo.

En algunos casos, la situación en sí ofrece la explicación hecha por la persona o el individuo puede basarse en un consenso social sobre las causas operativas (Peterson y Park, 2007). En otros casos, la persona se basa en su forma habitual de dar sentido a los acontecimientos que se producen: el estilo explicativo. Todas las otras cosas son iguales, muchas personas tienden a ofrecer explicaciones similares para eventos dispares. Por lo tanto, el estilo explicativo es una distante, aunque importante, influencia en la indefensión y en última instancia de los fracasos de adaptación que implica este fenómeno (Peterson y Park, 2007).

En resumen, un estilo explicativo que se caracteriza por las explicaciones internas, estables y globales para eventos aversivos puede ser descrita como una persona pesimista / indefensa, mientras que las explicaciones opuestas, de estilo externa, inestable y específica para eventos aversivos son descritas como optimistas.

Los supuestos de la teoría reformulada incluyen la expectativa de que los acontecimientos son incontrolables como el determinante fundamental de la no contingencia y postula que las atribuciones de una persona sirven como elemento mediador entre la percepción y las expectativas de no contingencia. Por lo tanto, las reacciones a eventos incontrolables son determinadas por las atribuciones causales sobre el evento (Olson, 1983).

### **Teoría de la Desesperanza “Hopelesness Theory”**

Uno de los modelos cognitivos que surge a partir del modelo de la indefensión aprendida es la teoría de la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). En este postulado, gran parte de la reformulación atribucional permanece, pero, el enfoque específico de la teoría de la desesperanza gira sobre la depresión y específicamente en aquellos casos de depresión en los cuales los procesos cognitivos especificados por la teoría de la desesperanza son fundamentales (Peterson y Park, 2007).

En la teoría de la desesperanza, la vulnerabilidad cognitiva para la depresión se define como la tendencia a atribuir los acontecimientos negativos a causas estables y globales, a la vez que predecir consecuencias negativas y auto-descriptivas, después de que se produzcan eventos negativos (Barnum, Woody y Gibb, 2013). La teoría de la desesperanza profundiza en la teoría de la indefensión aprendida reformulada, delineando tres estilos cognitivos que juegan un papel en la etiología de la depresión. Estos incluyen; las tendencias (1) para ver las causas de los acontecimientos negativos como global y estable; (2) para ver los eventos negativos como tener muchas consecuencias desastrosas; y (3) para ver el yo como imperfecto y deficiente después de la ocurrencia de los eventos negativos (Abela, 2001). Un ejemplo de este tipo de estilo inferencial negativo sería la explicación de la ocurrencia de un evento negativo en la vida de uno diciendo "No valgo nada y no puedo hacer nada bien". Este tipo de explicación refleja una atribución de la causa del evento a estable (poco probable que cambie) y global (con probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) e implica

consecuencias negativas (eventos negativos adicionales en el futuro) y auto características negativas sobre el individuo (Barnum, Woody y Gibb, 2013).

Cada uno de estos estilos predispone individuos a la depresión, por lo que es más probable que hagan inferencias depresógenas tras la ocurrencia de eventos negativos. Según Abela (2001), hacer este tipo de inferencias, aumenta la probabilidad de que la desesperanza se desarrolle. Según esta teoría, una vez que la desesperanza se desarrolla, la depresión desesperanzada es inevitable. Este fenómeno se ha explicado bajo la premisa de que la desesperanza es proximal y por consiguiente, causa suficiente de la depresión. La teoría de la desesperanza ha ganado un fuerte apoyo de las investigaciones empíricas (véase la revisión de Abramson et al., 1995).

Peterson y Park (2007), describen como un beneficio conceptual de la teoría de la desesperanza, el que la misma ofrezca una explicación a la comorbilidad de la ansiedad y la depresión, un hecho que la reformulación atribucional no aborda. La indefensión supuestamente acompaña la ansiedad y la depresión, pero la desesperanza caracteriza aún más la depresión. En consecuencia, los trastornos de ansiedad (que tienden a ser más comunes que los trastornos depresivos), y los casos de ansiedad "puros", pueden ser mucho más fácilmente identificados, que los casos de depresión "puros" (Alloy, Kelly, Mineka, y Clements, 1990).

### **Optimismo: Definición y marco conceptual**

Tras la reformulación de la teoría de indefensión surge un nuevo enfoque teórico sobre el optimismo es la Teoría de los Estilos Explicativos Optimistas-Pesimistas. Este enfoque fue elaborado por Seligman (1992, 1998) luego de reformular su teoría de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Como se explicó anteriormente, Seligman (1998) sugiere que los estilos explicativos son la forma en cómo explicamos cotidianamente los eventos de nuestras vidas los cuales aprendemos durante la niñez y la adolescencia. Según Peterson (1990), el estilo explicativo o atribucional, es una variable cognitiva de personalidad que refleja el modo en que las personas explican habitualmente las causas de sus fracasos y da cuenta de la falta de motivación o desmoralización ante las situaciones que demandan logros. De acuerdo con Peterson y Seligman (1984), existen dos estilos atribucionales: el pesimista y el optimista. El estilo pesimista, es definido como la tendencia a explicar los sucesos aversivos o eventos negativos ocurridos en la vida cotidiana, con una causa interna o en uno mismo, estable en el tiempo y con un efecto global a todos los ámbitos de la vida de la persona. Por su parte, el estilo optimista es la tendencia a explicar los malos sucesos con una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específico de esos ámbitos concretos que afecta.

Según Gillham, Shatté, Reivich y Seligman (2001), estos estilos explicativos pueden hacer variar la motivación, reducir la persistencia y hacer vulnerables a la depresión. Estos autores junto a Munizaga y Yulis (1992) y Seligman (1998) presentan las diferentes causas a las cuales se les puede atribuir los estilos explicativos de la siguiente manera:

**Tesis**

- causas internas o externas las cuales relacionan las características del evento con factores personales,
- explicaciones estables o inestables, que refieren a la permanencia a través del tiempo de éstas,
- explicaciones globales o específicas, que implican la cantidad de dominios que afectan nuestra vida.

Dentro de esta teoría, el estilo explicativo optimista es definido como aquél en que las atribuciones respecto a los problemas o eventos negativos son externas, temporales y específicas. Mientras que si los eventos fueran positivos, las explicaciones cambiarían a internas, estables y globales (Ortiz, et al., 2003). Un estilo explicativo pesimista presentará un sentido contrario a lo presentado para el optimismo.

Peterson (2000) expresa que el optimismo puede ser considerado como una característica cognitiva ya bien sea una meta, una expectativa o una atribución causal, sensible a la creencia en ocurrencias futuras sobre las cuales las personas tengan fuertes sentimientos. Según Gillham, Shatte, Reivich y Seligman (2001), el optimismo incluye las expectativas de control sobre los resultados de nuestras propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el futuro, así como cierto componente de eficacia personal.

Salgado (2009) plantea que los optimistas son personas que a pesar de los diversos problemas que puedan tener, no los niegan, sino por el contrario, crean estrategias de acción y de afrontamiento a la realidad. En relación a esto, Avia y Vázquez (1999) plantean que nuestra naturaleza nos impulsa a la esperanza y a albergar ilusiones: el optimismo es algo constitutivo de la vida y por lo tanto es posible aprenderlo.



## **Optimismo y la psicología positiva**

El optimismo, según Scheier y Caver (1985) y Scheier, Weintraub y Caver (1986), parece jugar un papel importante en el uso de conductas de afrontamiento adaptativo, así como en el bienestar psicológico y físico tal como lo señala Chang, D’Zurilla y Maydeu (1994). También, se ha presentado como un importante predictor de la enfermedad tanto a nivel psicológico como en el aspecto físico (Mroczek, Spiro, Aldwin, Ozer y Bosse, 1993; Peterson, Seligman y Vaillant, 1988).

Avia y Vázquez (1999) exponen que múltiples investigadores han ido perfilando sus estudios hacia las emociones positivas y a conceptos como lo son el bienestar, la satisfacción por la vida, la felicidad, la calidad de vida y en especial el optimismo. Respecto a esta situación, Seligman (1998) señala que durante mucho tiempo la psicología se guió por un modelo de enfermedad que aunque permitió importantes avances en el proceso de curación, se descuidaron los aspectos positivos del ser humano.

El optimismo ha sido relacionado con las expectativas que las personas tienen acerca del futuro (Carver y Scheier, 2001), y constituye un aspecto que media entre las situaciones externas, ya sean físicas o sociales, y la interpretación que hacemos de estas situaciones (Grimaldo, 2004). Por tal razón, según Salgado (2009), ser optimistas ante la vida nos permite responder positivamente ante situaciones adversas y traumáticas, permitiendo la posibilidad de superar y enfrentar dichas dificultades.

Según Seligman (2003), el optimismo junto al altruismo, la previsión, la capacidad para aplazar la gratificación y el sentido del buen humor se encuentran entre las fortalezas que proporcionan mayor bienestar al ser humano siendo estos

constructos de la Psicología Positiva. Para este investigador, el concepto de Psicología Positiva no es tan nuevo en la disciplina. Argumenta que antes de la Segunda Guerra Mundial los objetivos principales de la psicología eran tres: curar la enfermedad mental, hacer las vidas de las personas más productivas, e identificar y desarrollar su talento. Sin embargo, tras la Segunda Guerra Mundial, diferentes eventos y circunstancias llevaron a la psicología a olvidar dos de esos objetivos y se centró exclusivamente en la enfermedad mental y el sufrimiento humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

La Psicología Positiva tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. Esta nueva psicología, basada en la construcción de competencias, desplaza el interés hacia la prevención y a reforzar el cambio en el foco de la psicología, desde la mera preocupación por la reparación de lo malo de la vida hacia la construcción de cualidades positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

### ***Otros enfoques del optimismo***

Aparte del enfoque teórico que trabaja el optimismo desde la teoría explicativa, Ortiz, Ramos y Vera-Villaruel (2003) mencionan algunos enfoques teóricos sobre el optimismo y la forma en que éste ha sido aplicado a través de los años incluyendo el optimismo como una variable disposicional de la personalidad.

Otra dirección en que se trabaja con el optimismo es la Teoría del Optimismo Disposicional de Scheier y Carver (1985, 1987). Este modelo analiza el optimismo con las expectativas de las personas acerca del futuro. Esta teoría utiliza como

supuesto básico que el optimismo es una variable de personalidad y por tal razón dispone a asociarse a las expectativas positivas generales de la vida (Gillham et al., 2001). Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998) y Scheier y Carver (1985, 1987) definen al optimismo disposicional como una expectativa o creencia estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas, por lo tanto el pesimismo correspondería a la expectativa de que en el futuro ocurran eventos negativos.

Scheier, Carver y Bridges (1994) definen al optimismo disposicional como la tendencia de esperar resultados positivos o favorables de las personas en sus vidas y como una expectativa generalizada de resultados positivos. Segerstrom, et al. (1993) sugieren otros dos tipos de optimismo: el optimismo defensivo y el optimismo proactivo. Presentan al optimismo defensivo como el intento del individuo por minimizar la inquietud sobre un comportamiento frente al cual la persona se siente capaz de cambiar, mientras que el optimismo proactivo fomenta en el individuo el cambio positivo del comportamiento.

Segerstrom, Mc Carthy, Caskey, Gorrs y Murray (1993) presentan que en adición del optimismo disposicional existe también el optimismo situacional. Estos autores describen al optimismo disposicional como la manera constante de enfrentar los hechos en la que se da la generalización de expectativas positivas de obtener buenos resultados logrando un estilo de enfrentar la vida con una disposición positiva. Mientras, que según ellos, el optimismo situacional constituye un mecanismo que surge frente a un evento estresante y que permite enfrentar mejor dicho evento no siendo esto una forma habitual de dar frente a la vida.

Shelley, Taylor, Kemeny, Aspinwall, Scheneider, Rodríguez y Herbert (1992), plantean la existencia de un tipo de optimismo denominado optimismo irrealista, éste es de carácter adaptativo y se asocia a personalidades mentalmente sanas, que se

evalúan mejor, son personas preocupadas por otros, más persistentes y creativos para enfrentar sus metas y enfrentan de mejor manera el stress. Sin embargo, el optimismo irrealista puede interferir con la percepción objetiva de riesgos externos evitando que las personas tomen las medidas necesarias para evitarlos, pero en general, protegen a las personas de situaciones muy amenazantes para su personalidad y también los protege de situaciones estresantes.

Por su parte, Avia y Vázquez (1999) definen el optimismo inteligente. Presentan al optimismo inteligente como una forma realista de ver las cosas, ya que la vida tiene múltiples significados que cada cual va construyendo a lo largo de su existencia. El optimismo, según Grimaldo (2004), constituye un aspecto que media entre las situaciones externas, ya sean físicas o sociales, y la interpretación que hacemos de estas situaciones. Por lo tanto, la orientación optimista de la vida nos permite responder positivamente frente a situaciones adversas, críticas e inclusive traumáticas, permitiendo la posibilidad de enfrentar y superar dichas dificultades.

## **Medidas de la indefensión aprendida y constructos relacionados**

Poco después del florecimiento de la investigación en teoría de la indefensión aprendida y especialmente tras la reformulación de esta teoría, se desarrollaron múltiples escalas, estrategias y medidas con la finalidad de medir el nivel de indefensión de una persona así como evaluar su estilo atribucional (Torres, Robert, Tejero, Boget, y Pérez, 2006; Fernández-Ballesteros, 2002), así como los constructos relacionados. Existe una variedad de estrategias para medir constructos como la indefensión aprendida, el estilo atribucional, y los conceptos o teorías que surgieron de la teoría original de la indefensión aprendida. Según lo descrito por Dykema, Bergbower, Doctora, y Peterson, (1996), cada enfoque evalúa varias atribuciones (explicaciones) causales por individuo, y las combinan en un índice general.

Seligman y otros investigadores midieron estos constructos mediante el análisis de las explicaciones de los escenarios hipotéticos (Peterson y Steen, 2009). Este enfoque ha dado lugar a cientos de estudios sobre el estilo explicativo; o la manera habitual, (a largo plazo) en que un individuo explica por qué las cosas le tienden a suceder (Dykema et al., 1996). Según Smith, Caputi y Crittenden (2013), una amplia colección de diversos eventos hipotéticos han sido utilizados para la construcción de múltiples y diferentes escalas o cuestionarios para medir los llamados estilos explicativos (o atribucionales). Peterson y Seligman (1984) recomiendan el uso del concepto "estilo explicativo" como un reemplazo para el concepto "estilo atribucional" aunque su instrumento de investigación primario y de hecho el cuestionario más utilizado, es conocido como el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ, por sus siglas en inglés) (Peterson et al., 1982). Smith, Caputi y Crittenden

(2013), coinciden con la sugerencia del uso de este concepto, al considerar que el concepto "explicación" es de más probable utilización y comprensión que el concepto "atribución" por el público no especialista en el tema. Cabe señalar que en la actualidad, los términos estilo explicativo y el estilo atribucional se utilizan indistintamente en la investigación empírica (Ciarrochi et al., 2007; Dykema et al., 1996; Hewitt et al., 2004).

Como describe Seligman (2007), el ASQ es el instrumento más utilizado para medir estilo explicativo. El mismo es un instrumento de auto-informe que puntúa el estilo explicativo del individuo para los acontecimientos negativos, así como para eventos positivos, utilizando tres dimensiones causales: interna frente externa, estables frente inestable y global frente causas específicas. El ASQ presenta 12 eventos hipotéticos (seis eventos positivos y seis eventos negativos), pidiéndole al examinado que describa su percepción de cuál es la causa más importante de cada evento. Luego el instrumento evalúa la causa a lo largo de un continuo de 7 puntos para cada una de las tres dimensiones causales. Hay evidencia empírica de la efectividad del ASQ como predictor de depresión, de salud física, y de logros en diversos ámbitos como son el académico, el trabajo y los deportes (Gordeeva y Osin, 2011; Seligman, 2007; Reivich, 1995).

El estilo explicativo también se puede medir mediante la evaluación cualitativa de explicaciones para situaciones reales en la vida (Smith, Caputi y Crittenden, 2013). Un ejemplo de este tipo de medida es la técnica llamada análisis de contenido de las explicaciones literales (CAVE, por sus siglas en inglés), desarrollada por Peterson, Luborsky y Seligman (1983). CAVE se ha utilizado en diversas investigaciones, incluyendo: la investigación del rol del estilo explicativo en la política (Zullov et al., 1988), estudios sobre la estabilidad del estilo explicativo en

individuos analizando periodos de 52 años de vida (Burns y Seligman, 1989) y la predicción de la salud física en un periodo de 30 años (Peterson et al., 1988). Sin embargo, la técnica CAVE se utiliza en relativamente pocos estudios, posiblemente debido a que es más lento que el uso de cuestionarios de estilo cuantitativo, ya que requiere la formación de los jueces para evaluar de forma independiente y cualitativamente explicaciones en más de tres dimensiones (Smith, Caputi y Crittenden, 2013).

Aun cuando estas son dos de las escalas o estrategias más utilizadas, otros instrumentos han sido desarrollados con estos propósitos. Muchos de los mismos se concentran en constructos específicos o se especializan en condiciones de salud o áreas de la vida como los factores académicos, el trabajo y los deportes. Fernández-Ballesteros, (2002) sugiere la utilización de clasificación de los instrumentos dividiéndolos en dos enfoques principales. El primer enfoque consiste en medidas globales que asumen el estilo atribucional general, y se aplica a través de una variedad de situaciones (ver Tabla 2 para obtener una lista de las medidas más utilizadas). El objetivo de esas medidas es poner a prueba las predicciones de la teoría reformulada de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman, y Teasdale, 1978). El segundo enfoque consiste en medidas más concretas de estilo atribucional o factores relacionados con esta teoría. Estas medidas evalúan contextos más limitados, tales como el trabajo, la escuela, la salud y las relaciones. Las Tablas 2 a la 5 describen algunos de los instrumentos desarrollados y más utilizados, durante los pasados 30 años. En la tabla 2 se presentan algunos de los instrumentos para medir estilo atribucional en población general.

**Tabla 2 - Escalas o Instrumentos Más Utilizados para Evaluar o Medir Estilo Atribucional Basados en el ASQ – Población General**

Escala	Descripción del Instrumento, la estrategia o Escala
<b>Atributional Style Questionnaire (ASQ)</b> (Seligman et. al. 1979)	El Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ; Peterson y Seligman, 1984) es la medida de estilo explicativo / atribucional más ampliamente utilizada. Dicho cuestionario pide al entrevistado que imaginen seis eventos hipotéticos de la vida positivos y seis negativos, para asignar causas a dichos eventos. El encuestado posteriormente, puntúa en una escala Likert de 1 a 7 la posibilidad de que la causa del evento sea; interna (vs. externa), global (vs. específica) y estable (vs. inestable).
<b>Expanded Attributional Style Questionnaire (EASQ)</b> (Peterson y VillANOVA, 1988).	Basado en el ASQ original y siguiendo su mismo formato, es un cuestionario de 96 ítems que mide estilo explicativo de un individuo (positivo vs negativo). Este instrumento mejora las propiedades psicométricas del ASQ original incluyendo solo las premisas que hacen referencia a sucesos negativos (Torres, Robert, Tejero, Boget, y Pérez, 2006)
<b>Atributional Style Questionnaire Z (ASQ - CIDE-PERU)</b> (Vicuña, Tarazona, Valz, y Narro, 2001)	Vicuña y colaboradores (2001) adaptan el instrumento a las condiciones de ingreso a la universidad en Lima – Perú. La versión de del Cuestionario de Estilos Atribucionales se evaluó en Lima, obteniendo la confiabilidad mediante el método de consistencia interna y “test”-“retest” de 0.88 a 0.90, de 0.89 y de 0.88 y 0.87 para las dimensiones de interno-externo, estable-inestable y global-específico respectivamente; así también se halló la validez de contenido, seleccionando premisas al 0.05 de significación.
<b>Content Analysis of Verbal Explanations, or CAVE technique</b> (Peterson, Luborsky y Seligman, 1983)	La técnica CAVE se basa en la aplicación de análisis cualitativo evaluando una muestra de material escrito o hablado de una persona (cartas, diarios, entrevistas, discursos, y así sucesivamente) que contienen en declaraciones acerca de las explicaciones para los resultados negativos, y el análisis de las declaraciones de sus estilos de atribución. La técnica CAVE es muy flexible; dando la posibilidad de ser aplicada datos de archivo, incluso los registros relativos a las personas que ya no están vivos.
<b>Children’s Attributional Style Questionnaire (CASQ)</b> (Seligman et al., 1984)	Desarrollado para permitir a los investigadores estudiar el estilo atribucional en niños de 8 a 13. El CASQ incluye 48 ítems divididos en partes iguales entre positivo ('Usted recibe un 'A' 'en una prueba') y los eventos negativos ('Usted rompe un vaso'). Los encuestados seleccionan entre dos posibles causas para el evento, y cada opción representa la presencia o ausencia de una dimensión de atribución (por ejemplo, una causa interna o externa). Las atribuciones de cada dimensión se calculan sumando el número de respuestas internas, estables y globales. Las puntuaciones se pueden calcular de una manera similar a la ASQ. La consistencia interna de la CASQ es de baja a adecuada y mejora cuando las dimensiones separadas se combinan en un solo compuesto.

Con el propósito de describir estilo explicativo en escenarios específicos, se han diseñado diversos instrumentos basados en el ASQ. Algunos de los más utilizados son; El Cuestionario de Estilo Atribucional Académico de Peterson y Barrett (1987) y el Cuestionario de Estilo Atribucional Organizacional de Kent y Martinko (1995). La tabla 3 describe estos instrumentos.



**Tabla 3 - Escalas o Instrumentos Más Utilizados para Evaluar o Medir Estilo Atribucional Basados en el ASQ – Población Específica**

Escala	Descripción del Instrumento, la estrategia o Escala
<b>Academic Attributional Style Questionnaire (AASQ)</b> (Peterson y Barrett, 1987)	Mide diferencias individuales en el uso de las dimensiones de la causalidad; locus, estabilidad y globalidad. El cuestionario incluye, 12 eventos académicos negativos hipotéticos. En cada caso, se pidió a los sujetos imaginar que el evento les sucede. Luego deben escribir la causa principal del evento y lo valoran en escalas de 7 puntos en términos de interioridad frente externalidad, estabilidad frente a la inestabilidad y la globalidad frente a la especificidad. Las puntuaciones compuestas para las tres dimensiones del locus, estabilidad y globalidad y un estilo explicativo compuesto se crean sumando los elementos correspondientes y dividiendo la suma por el número de elementos en el compuesto. El coeficiente alfa de la escala compuesta estilo explicativo fue 0,54 para la muestra actual que indica la consistencia interna fue bastante moderada.
<b>Organizational Attributional Style Questionnaire (OASQ)</b> (Kent y Martinko, 1995)	Este cuestionario fue desarrollado para medir estilos atribucionales generales en el escenario organizacional (Kent y Martinko, 1995). y ha demostrado un alto grado de validez y la coherencia (Henry y Campbell, 1995). La fiabilidad de las dimensiones de intención y de control a partir del cuestionario de estilo atribucional organizacional fueron reportados como 0,80 y 0,70, respectivamente (Kent y Martinko, 1995).

Múltiples instrumentos se han desarrollado para medir el estilo atribucional utilizando estrategias diferentes a las del ASQ. La tabla 4 presenta algunos de los instrumentos desarrollados para medir este constructo de forma general.

**Tabla 4 - Escalas o Instrumentos Más Utilizados No Basados en el ASQ - Constructo General**

Escala	Descripción del Instrumento, la estrategia o Escala
<b>Learned Helplessness Scale (LHS)</b> (Quinless y Nelson, 1988).	El LHS es un cuestionario de auto-informe de 20 premisas, que en un periodo corto de tiempo, evalúa el sentimiento individual de indefensión y falta de control sobre su comportamiento en el cumplimiento de los problemas cotidianos. Cada ítem se puntúa mediante una escala Likert de cuatro grados (1 = muy en desacuerdo a 4 = muy de acuerdo), por lo que el posible rango de puntuaciones es de 20 a 80. Puntuaciones más altas en la prueba reflejan una mayor sensación de impotencia. La fiabilidad y la validez de esta escala ha sido poco estudiada (Holley, 2013).
<b>Attributional Style Assessment Test (ASAT)</b> (Anderson y Riger, 1991).	Los cuestionarios ASAT-I y II utilizan un formato de elección forzada distinto del ASQ que incluye respuesta abiertas de las decisiones sobre la causa de los eventos de la vida. A los encuestados se les provee un número de situaciones hipotéticas (20 para la ASAT-I y 36 para la ASAT-II). En el ASAT- I, las posibles causas de los eventos provistos son: la estrategia utilizada, la habilidad, el esfuerzo, los rasgos de personalidad, el estado de ánimo y las circunstancias. El ASAT-II incluye sólo la estrategia, el esfuerzo, y las habilidades. El número de veces que se ha seleccionado una causa en particular resume la medida del estilo de atribución de esa dimensión. La confiabilidad del instrumento para las subescalas tienden a estar en el rango bajo a moderado (Fernández-Ballesteros, 2002).
<b>Escala de la Desesperanza. Hopelessness Scale</b> (Beck, Weissman,	La Escala de Desesperanza de Beck constituye una medida del nivel de pesimismo del individuo. Consta de 20 premisas y las respuestas, cuando no puntúan, indican no solamente la ausencia de desesperanza sino también un cierto grado de optimismo, por ejemplo "espero el futuro con entusiasmo y esperanza". El análisis factorial de este instrumento

Escala	Descripción del Instrumento, la estrategia o Escala
Lester y Trexler, 1974)	según Viñas y Caparrós (2000) revela la existencia de tres factores: esperanza y optimismo, falta de motivación y expectativas de futuro. Las puntuaciones elevadas indican el sentido de la escala (desesperanza, pesimismo).
<b>Escala Optimismo-Pesimismo. Optimism-Pessimism Scale (OPS)</b> (Dember, Martin, Hummer, Howe y Melton, 1989)	La escala "OPS", fue creada para analizar las diferencias individuales en conformidad con el principio Pollyanna, que es la capacidad para acentuar el positivo (Matlin y Stang, 1978). La escala ha demostrado ser fiable, con coeficientes alfa de 0,84 y 0,86 para el optimismo y el pesimismo (Dember et al., 1989). La fiabilidad test-retest en un período de dos semanas fue de $r = 0,75$ para el optimismo y $r = 0,84$ para el pesimismo (Dember y Brooks, 1989).
<b>Expectativa Generalizada de la Escala del Éxito. Generalized Expectancy of Success Scale – Revised (GESS-R)</b> (Hale, Fiedler y Cochran, 1992)	Esta escala presenta los encuestados 25 situaciones, algunas específicas y otras más generales, pidiéndoles que evalúen su probabilidad de experimentar éxito en cada una de las mismas. La base de cada ítem es "En el futuro espero que lo haré ..." con las opciones de respuesta que van desde "muy improbable" a "altamente probable." La mayoría de los enunciados se refieren a resultados exitosos, con unos pocos de respuestas inversas en relación a la percepción de resultado.
<b>Modificación Escala de Esperanza-Desesperanza (TED)</b> (Pereyra, 1996)	El "TED" es un instrumento de evaluación de la esperanza y la desesperanza, como variables diagnósticas y pronósticas de la salud-enfermedad. Este instrumento cuenta con una escala de tipo Likert, de cinco opciones y 28 premisas. Dichas premisas crean tres diferentes escalas (global, esperanza y desesperanza). El análisis factorial detectó la presencia de 6 factores, que fueron definidos como: optimismo, pesimismo, regresión, prospección, desconfianza y fatalismo. En cuanto a validación el cuestionario presenta altos puntajes, alfa de Cronbach entre 0.89 y 0.90, coeficiente de Spearman-Brown de 0.92 y la estabilidad temporal (test-retest a 30 días), $r=0.79$ , $p<0.0001$ (Pereyra - Lavandina, 2007).
<b>Prueba de Orientación de Vida. Life Orientation Test – Revised (LOT-R)</b> (Scheier, Carver y Bridges, 1994).	El test desarrollado por Scheier y Carver es el «Life Orientation Test» (LOT, Scheier y Carver, 1985). La versión inicial fue revisada en 1994, dando lugar al LOT-R (Scheier, Carver y Bridges, 1994). El LOT-R consta de 10 ítems en escala Likert de 5 puntos. 6 ítems pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional en tanto que los otros 4 ítems son «de relleno» y sirven para hacer menos evidente el contenido del test. De los 6 ítems de contenido, 3 están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y 3 en sentido negativo (dirección pesimismo). Los ítems redactados en sentido negativo se revierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo. El instrumento ha presentado una estructura factorial muy parecida para hombres y mujeres y una fiabilidad de las puntuaciones estimada en alfa de Cronbach de 0.78. Algunas críticas hechas a este instrumento son que: podría estar midiendo una tercera variable más amplia de la personalidad y la estructura del instrumento es bi dimensional aun cuando sus autores sugieren que el constructo Optimismo – Pesimismo es unidimensional y bipolar.

La tabla 5 describe varios instrumentos que miden estilo atribucional en poblaciones o grupos de interés específicos. Los cinco ejemplos que se presentan concentran en áreas como niños, pacientes de enfermedades crónicas como artritis y artritis reumatoide, relaciones de parejas y dependientes de alcohol.

**Tabla 5 - Escalas o Instrumentos Más Utilizados No Basados en el ASQ - Poblaciones Específicas**

Escala	Descripción del Instrumento, la estrategia o Escala
<b>Niños</b>  <b>Children's Attributional Style Questionnaire Revised (CASQ-T).</b> (Thompson, Kaslow, Weiss y Nolen-Hoeksema, 1998)	El CASQ es un cuestionario de 48 ítems (con respuestas de elección forzada) en el cual para cada artículo, se presenta un supuesto hipotético donde el niño debe elegir una de las dos explicaciones de atribución para el evento. En cada par de explicaciones de atribución, una de las dimensiones de atribución varía entre; internalidad, la estabilidad, o la globalidad, mientras que los otros dos se mantienen constantes. Gibb, Stone, y Crossett, (2012) indican que múltiples de estudios han apoyado la fiabilidad y validez de este instrumento (por ejemplo, Abela, 2001; Abela y Payne, 2003; Nolen-Hoeksema et al, 1986, 1992; Seligman et al., 1984).
<b>Pacientes de artritis</b>  <b>Arthritis Helplessness Index (AHI)</b> (Nicassio, Wallston, Callahan, Herbert y Pincus, 1985).	Este instrumento y sus variantes fueron diseñados para evaluar la percepción de indefensión de los pacientes a hacer frente a la artritis como delineado por la teoría de la indefensión aprendida.
<b>Condiciones reumatológicas</b>  <b>Rheumatology Attitudes Index (RAI) Helplessness subscale, RAI Helplessness</b> (Devellis, y Callahan, 1993).	Este instrumento evalúa las creencias y las actitudes personales respecto a una condición auto-identificada de tipo física o mental, que el encuestado entienda haya limitado sus actividades. El instrumento incluye solo cinco ítems con declaraciones formuladas en el Rheumatology Attitudes Index (Callahan, Brooks, y Pincus, 1988) que se adapta originalmente del Arthritis Helplessness Index (Nicassio, Wallston, Callahan, Herbert, y Pincus, 1985; Stein, Wallston, y Nicassio, 1988). Los individuos responden a cada afirmación utilizando una escala Likert de cinco puntos que va desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo. Las respuestas se suman y promedian para crear una puntuación media que varía de 1 a 5. Puntuaciones más bajas indican una mayor percepción de indefensión. Como describen en su estudio Martin, Shreffler, Schoster y Callahan, (2012), esta escala presenta una consistencia interna moderada ( $\alpha$ de Cronbach = 0,74), dato que es consistente con investigaciones previas realizadas en el desarrollo de este instrumento de corto extensión (DeVellis y Callahan, 1993).
<b>Parejas</b>  <b>Relationship Attribution Measure (RAM)</b> (Bradbury y Fincham, 1990)	Esta escala de auto-informe evalúa la percepción de causal, y atribuciones de responsabilidad sobre el comportamiento de la pareja. Se les pide a los participantes que completen el RAM respondiendo de 4 - 8 premisas de eventos hipotéticos (Fincham y Bradbury, 1992). El RAM se ha establecido como una medida fiable y válida de atribuciones, como lo demuestran sus altas correlaciones de consistencia interna mediante la prueba de examinación y reexamenación, así como las correlaciones con la satisfacción marital y comportamientos maritales observados (Fincham y Bradbury, 1992).
<b>Dependientes de alcohol</b>  <b>Alcohol Helplessness scale, (AHS)</b> (Sitharthan, Hough, Sitharthan, y Kavanagh, 2001)	El AHS es una escala desarrollada para personas dependientes de alcohol. La misma consta de 6 ítems con situaciones específicas para el problema de alcohol. Los mismos se basan en capacidad de afrontamiento así como en la percepción de autoeficacia para control de consumo del alcohol. Esta escala presenta una consistencia interna moderada ( $\alpha$ de Cronbach = 0,69) (Sitharthan, Hough, Sitharthan, y Kavanagh, 2001)

## **IA como modelo de investigación translacional**

La investigación translacional ha sido definida como el proceso de descubrimientos generados durante la aplicación de la investigación en laboratorio y en estudios preclínicos para la posterior aplicación en el desarrollo de ensayos y estudios en seres humanos (Tacconelli, Peschel, y Autenrieth, 2014). A partir de los estudios con animales y las observaciones en cuanto a conducta, comenzó a trabajarse en dos vertientes principales de investigación, ambas interesadas en analizar el fenómeno en los seres humanos (Garber y Seligman, 1980; Mikulincer, 1994). Una de éstas buscando desarrollar indefensión en ambientes controlados mientras que la segunda buscando aplicar el fenómeno a diversos patrones de conducta (problemas de adaptación) en seres humanos.

Según sugieren Peterson y Park (2007), muchos de los primeros estudios con seres humanos estudiaron el desarrollo de características de indefensión en laboratorio diseñando experimentos que con modificaciones, buscaban replicar el trabajo anterior con animales. En los diseños, modificaban los estímulos, presentando a los sujetos de estudio anagramas y problemas sin solución que sustituyen las descargas eléctricas incontrolables, sin embargo, los aspectos básicos del fenómeno se mantuvieron.

Entre los principales resultados de estos estudios, se encontraron similitudes entre el fenómeno en los animales y en los humanos, incluyendo la inmunización y la terapia (Peterson y Park, 2007). También se observó que tras la situación de incontrolabilidad, las personas muestran una variedad de dificultades como déficit en la capacidad de resolución de problemas, el deterioro de motivación, y los pensamientos y sentimientos negativos (Peterson y Park, 2007).

La segunda línea de trabajo, pretendía estudiar la relación, las similitudes e

incluso la analogía entre la indefensión aprendida y múltiples problemas adaptativos en seres humanos. Peterson y Park (2007) presentan algunos ejemplos de los temas de estudio, como:

- el fracaso escolar y el bajo rendimiento deportivo
- la formación profesional y la quemazón profesional “burnout”
- el desempleo y la contaminación acústica
- la enfermedad física
- el dolor crónico
- la pasividad de las minorías étnicas

La más conocida de estas aplicaciones es la sugerida por Seligman (1974) quien propone que la depresión reactiva y la indefensión aprendida comparten múltiples características como: las causas, los síntomas, las consecuencias, el tratamientos y como prevenirlas. La relación de estos dos constructos ha sido ampliamente estudiada (Peterson y Seligman, 1985).

Peterson y Park (2007) concluyen que en el caso del estudio de la depresión y su relación con la indefensión aprendida, se han podido detectar factores de diferencia entre los mismos. La notable diferencia entre sexos al hablar de la prevalencia de la depresión, no tiene contrapartida en la indefensión producida en el laboratorio. Según Peterson y colaboradores (1993) hombres y mujeres son igualmente susceptibles a los efectos dañinos de la falta de control. Para dar otro ejemplo, uno de los síntomas característicos de la depresión severa, al menos en el mundo occidental son los pensamientos suicidas. Esta característica no se da por la indefensión producida en laboratorio (Peterson, et al, 1993).

## **Modelo de indefensión aprendida como determinante de salud**

La indefensión aprendida, el estilo explicativo, el pesimismo y la desesperanza han sido identificados como factores de riesgo para la enfermedad (Camacho, Verstappen y Symmons, 2012; Peterson, 1998; Peterson, Seligman, y Vaillant, 1988). Peterson (1998), indica dos vías de posible relación entre la indefensión y la salud:

1. La indefensión aumenta el riesgo de una persona vulnerable a enfermarse.
2. Acrecienta las probabilidades de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud.

Algunos estudios han sugerido otras formas de relación entre la indefensión y la salud. Una de las líneas sugeridas ha sido la posible relación entre el estilo explicativo y la indefensión con inmuno-supresión en las personas (Peterson, 1998). Por ejemplo, Kamen, Rodin, Seligman y Dwyer (1991), concluyeron que un estilo pesimista podría ser un importante factor de riesgo psicológico de ciertas enfermedades inmunes.

También se ha destacado el papel de la indefensión en factores como la frecuencia en consumo de alcohol, la cantidad de alcohol consumido y los problemas de alcoholismo (Seeman, y Anderson, 1983).

Otro acercamiento al estudio de la indefensión aprendida como un determinante de salud es el que presenta Marian (2013), quien sugiere que los potenciales mediadores biológicos de la relación entre la indefensión y la enfermedad pueden variar en función de la enfermedad en cuestión. Algunas de las enfermedades estudiadas han sido el asma (Janssens y Ritz, 2013; Chaney, et al., 1999), el lupus, la

enfermedad cardiaca (Tayer, Nicassio, Radojevic, y Krall, 1996) y el cáncer (Visintainer, Madelon y Seligman, 1982, Seligman, 2011).

### **Optimismo y salud**

El optimismo se ha asociado con una mejor salud física y un afrontamiento más exitoso a los desafíos de salud (Segerstrom et al., 1998). La investigación actual relacionada al constructo salud-enfermedad en relación con el pensamiento positivo, sugiere que el optimismo puede mejorar la calidad de vida del individuo. El bienestar existencial se puede lograr con la actitud positiva que se refleja en aquellas personas optimistas. Dichas personas generalmente pueden ver y cambiar el sentido de situaciones difíciles en unas de crecimiento personal. Esta actitud beneficia grandemente las posibilidades de tener mejor condición de salud, mejor estado anímico, aumenta la percepción de felicidad. Este genera estados emocionales positivos y constituye un factor que incide favorablemente en múltiples facetas de la vida, entre otras la salud.

Diversos estudios describen una relación entre el optimismo y la salud de las personas. Entre estos estudios destacan los trabajos de Scheir y Carver (1985, 1993) en los que se observa que las creencias o expectativas estables y generalizadas de la vida sucederán acontecimientos positivos (optimismo) y parecen estar asociadas a un mejor bienestar psicológico y físico.

La literatura también sostiene que el optimismo es un posible factor protector de salud y generador de bienestar (Amorós-Gómez, Remor y Carrobbles, 2004). Scheir y Carver (1992) señalan que las creencias o las expectativas estables y generalizadas

de que en la vida sucederán acontecimientos positivos parecen estar asociadas a un mejor bienestar físico y psicológico. Mientras que Flórez-Lozano (2006), afirma que el optimismo es un “auténtico antídoto” frente a numerosas enfermedades, e incluso lo presenta como un predictor potente de salud y longevidad.

Concretamente, las investigaciones realizadas por Scheir y Carver (1993), indican que los optimistas presentan niveles más altos de bienestar subjetivo en periodos de estrés. Se ha encontrado que las mujeres optimistas con cáncer de mama presentan menores niveles de angustia que las pesimistas (Carver, Pozo, Harris, Noriega, 1993), o se recuperan más rápidamente después de haber sido sometidos a una intervención quirúrgica (Scheier, Matthews, Owens, Magovern, Lefebvre, Abbott, y Carver, 1989). Estas relaciones entre optimismo y bienestar físico podrían ser, además, transculturales. En un estudio realizado con estudiantes universitarios japoneses (Sumi, 1997) se observó que bajas puntuaciones en optimismo estaban asociadas a altas puntuaciones en índices de enfermedad, malestar físico y psicológico.

Viñas y Caparrós (2000) realizaron un estudio con el propósito de evaluar la dimensión optimismo-pesimismo en una muestra de 112 estudiantes universitarios entre las edades de 17 a 46 años para analizar la posible asociación estadística entre los constructos optimismo-pesimismo y la utilización de los recursos de salud disponibles. Los resultados obtenidos demostraron que aquellos estudiantes identificados como optimistas luego de suministrarle la Escala de Desesperanza, en general utilizan menos los servicios de salud. Ellos evaluaron la asistencia a las salas de emergencia, los servicios rutinarios, la utilización de productos farmacéuticos, las visitas al dentista y al oftalmólogo por enfermedad o por accidentes.



Los autores concluyeron que una mayor utilización de los servicios de salud no implica necesariamente que estas personas presenten más problemas médicos ni que estos sean de mayor severidad en comparación con los que no los utilizan con tanta frecuencia. En otras palabras, a partir de la información proporcionada por el mismo sujeto, no pueden inferir que tengan más enfermedades o que sean de mayor gravedad, pero sí que manifiestan un mayor malestar. Del mismo modo, presentan que los más optimistas al tener mayores expectativas de éxito o de que simplemente todo les “va bien”, pueden pensar ante cualquier cambio o alteración en su estado de salud que "no será nada" y que no merece la pena acudir a dichos servicios.

Otra interpretación que estos investigadores les dan a sus resultados es que los optimistas pueden estar menos afectados por las consecuencias y las secuelas negativas de las situaciones o los acontecimientos estresantes (menor competencia inmunológica, respuestas fisiológicas asociadas al estrés, entre otros), al presentar mayores expectativas generalizadas de éxito o una visión más positiva de la realidad. Como consecuencia de ello, y en concordancia con los resultados obtenidos por Carver y Scheier (1993), los optimistas realizarían un afrontamiento de la realidad más adaptativo. Concretamente, estos autores han observado que los más optimistas realizan una valoración más positiva de la realidad, inician acciones directas para solucionar los problemas (afrontamiento activo), y planifican más las cosas cuando se deben enfrentar a una adversidad. Así mismo, los optimistas también son flexibles en la utilización de otras estrategias de afrontamiento cuando se excluye la posibilidad de llevar a cabo un afrontamiento activo.

Allison, Guichard, Fung y Gilain (2003) investigaron sobre cómo el optimismo disposicional pronostica el estado de sobrevivencia un año después del diagnóstico en pacientes de cáncer de garganta y cabeza, estudiando el vínculo entre

este factor psicológico y la sobrevida del paciente de cáncer. El estudio de Allison, et al. (2003) presentó como hipótesis de investigación que el controlar indicadores de pronósticos conocidos, pacientes más pesimistas tenían más probabilidades de estar muertos un año después del diagnóstico, que los pacientes más optimistas. Este fue un estudio observacional prospectivo, mediante el instrumento *Life Orientation Test* (LOT), con seguimiento de un año de un grupo de 101 pacientes seleccionados. Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que el pronóstico de los pacientes de cáncer de cabeza y cuello les empeora el pronóstico factores como la edad, la soledad, el diagnóstico tardío, la localización del cáncer y el haber obtenido puntajes bajos en el F-LOT (pesimistas) aumentándole la probabilidad de muerte.

Juárez y Landero (2009) realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de describir variables socio-demográficas y la relación entre el estrés, el apoyo social, el optimismo y la salud percibida en un grupo de mujeres con cáncer de mama. En este trabajo utilizó como instrumento de medición del optimismo el LOT-R. Estos investigadores utilizaron el optimismo dentro de su estudio ya que sugieren que se asocia con un menor grado de alteración en el humor y cambios en el sistema inmunológico durante situaciones estresantes, incrementando la función y la cantidad de las células T. Por tal razón, presentan que en las mujeres con cáncer de mama se ha encontrado que el optimismo predice niveles bajos de distrés y menor cantidad de síntomas de ansiedad y depresión.

## **Indefensión y cáncer**

### **Primeros estudios de indefensión y cáncer**

Según ha documentado Seligman (2011) uno de los primeros estudios llevados a cabo para analizar la relación entre indefensión aprendida con cáncer se llevó a cabo en 1977 (Visintainer, Madelon y Seligman, 1982). Un día después de haber implantado células de cáncer a tres grupos de ratas, uno de los grupos recibió descargas eléctricas inevitables, otro grupo recibió descargas eléctricas evitables mediante la presión de un botón, y un tercer grupo no recibió ninguna descarga. En condiciones normales, el 50% de las ratas rechazaría las células cancerosas y vivirían.

Como era de esperar, el 54% de las ratas que no recibieron descargas eléctricas habían muerto, y la otra mitad había rechazado el tumor. De las ratas que se les permitió escapar de la conmoción por presionar una barra, la tasa que había aprendido la destreza, el 70% rechazó el tumor. Sin embargo, sólo el 27% de las ratas indefensas, las ratas que habían sufrido una descarga incontrolable, rechazó las células cancerosas. Estos resultados implican que la falta de control y la percepción de indefensión aprendida sobre los factores de estrés reduce el rechazo del tumor y la supervivencia disminuye. De hecho, este estudio es el primer acercamiento que demuestra que el estado psicológico de impotencia produce un crecimiento más rápido del cáncer. Es la primera vez que se concluye que un estado psicológico (la indefensión aprendida) propicia el desarrollo de cáncer (Seligman, 2011). Por su parte, el estudio también demuestra que el estado psicológico de dominio mejora la capacidad de rechazar el tumor. Según Seligman (2011), en estudios posteriores los

investigadores también demostraron que las ratas que habían desarrollado dominio de las destrezas cuando eran jóvenes estaban mejor protegidos contra los tumores de cáncer en la edad adulta (Seligman y Visintainer, 1985).

Por su parte, Sklar y Anisman (1979) en esos años presentaron resultados de un estudio parecido con conclusiones similares. Los investigadores estudiaron el crecimiento de células cancerosas en ratones machos, como resultado de varios regímenes de estrés (descargas eléctricas). Una sola sesión de descargas eléctricas inevitables resultó en la aparición de tumores cancerígenos, sobre-crecimiento del tumor, y la disminución de tiempo de supervivencia en los animales receptores. Las descargas eléctricas escapables, por el contrario, no tenía tales efectos. Los efectos de las descargas inevitable se pudieron mitigar si los ratones recibían tratamiento o aprendían a evitar la descarga a largo plazo.

Martínez - Valero (2011) menciona que tomando en cuenta los resultados discutidos anteriormente, se trabajó en investigación considerando la variable incontrolabilidad y su relación con el sistema inmunológico en seres humanos. Brosschot y colaboradores (1998) encontraron, que los sujetos que percibieron un bajo control sobre eventos estresantes, mostraron una disminución de las células T, inducida por el estrés. Por el contrario, los sujetos que percibieron altos niveles de control mostraron un aumento en el número de células B en comparación con el grupo experimental. En resumen, este estudio sostiene “que la percepción de incontrolabilidad en una situación produce diferencias en la reactividad inmunológicas al estrés, pues la percepción de incontrolabilidad de ciertos estresores se relaciona negativamente con determinadas funciones inmunológicas”, (Martínez - Valero, 2011, p. 43 – 44). En estas investigaciones se pudo evidenciar cómo tanto la

indefensión como el sentido de control y dominio afectan a la salud en las ratas, en especial en su relación con el cáncer.

### **Indefensión: recurrencia y mortalidad en sobrevivientes de cáncer**

Muchos estudios ponen gran énfasis en los factores psicológicos y sociales que podrían estar implicados en la etiología y respuesta al cáncer y su tratamiento (van der Pompe, Antoni, Visser, y Garssen, 1996; Heim, 1995; Garssen, 2002). Estos estudios sugieren relación entre aspectos cognitivos y emocionales como elementos moduladores de diversos factores fisiológicos relacionados con el desarrollo y recurrencia del cáncer, así como la mortalidad por dicha enfermedad.

Greer, Morris, y Peuingale, (1979), presentaron un estudio prospectivo, multidisciplinario, donde 69 mujeres con cáncer de mama fueron seguidas durante 5 años. Los resultados mostraron que las mujeres que inicialmente respondieron a su diagnóstico con indefensión, desamparo y la aceptación estoica, sufrieron de recurrencias o murieron. Por su parte, las mujeres que no sufrieron una recurrencia tendían a ser aquellos que respondieron al cáncer, con lo que los autores describieron como un "espíritu de lucha".

Levy, Lee, Bagley, y Lippman (1988), diseñaron un estudio prospectivo para identificar los factores predictivos de la supervivencia en pacientes con una primera recurrencia de cáncer de mama. El estudio incluyó como variables tanto factores biológicos como psicológicos. A partir de 1979, 36 mujeres que recibían tratamiento en el Instituto Nacional de Salud (NIH por sus siglas en inglés) para cáncer recurrente (con evidencia histológica del cáncer), se inscribieron en el estudio. Cada una de las

participantes fue entrevistada extensamente acerca de su vida (el matrimonio, los hijos, el trabajo y la enfermedad). Todas las participantes fueron entrevistadas y los datos obtenidos fueron analizados bajo el concepto optimismo, utilizando la técnica cualitativa CAVE.

Al año de haber empezado el estudio comenzaron a reportarse muertes en las participantes. Este factor era esperado considerando que es poco común una larga sobrevivencia después de dos episodios de cáncer de mama. En el momento del análisis de los datos, 24 participantes habían muerto a causa de su malignidad. Las mujeres que en las entrevistas originales informaron “gran alegría de vivir” y las que presentaban un estilo explicativo optimista vivían más tiempo que las que presentaban indefensión o pesimismo. El estudio demostró que una serie de factores (conductuales, así como biológicos) deben tenerse en cuenta al estudiar la variabilidad de resultados en esta enfermedad. Los investigadores también demostraron que las mujeres a las que se les diagnosticó cáncer y que poseían un estilo atribucional optimista lograban más tiempo de sobrevivencia que las mujeres con la misma enfermedad y un estilo pesimista, aunque la relación entre el estilo explicativo y el tiempo de supervivencia no era demasiado intensa.

En este estudio aun cuando se trató de decir que podría haber un sesgo donde las que sobrevivieron tenían un cáncer menos avanzado, Seligman (2011) menciona que esta premisa es falsa. Seligman sugiere que NIH mantiene registros detallados de las participantes del estudio que incluyen gravedad de la enfermedad (actividad de las células asesinas naturales, el número de ganglios linfáticos cancerosos y el grado de propagación de la enfermedad). Dichos datos demuestran que no hubo diferencia entre ambos grupos. Por lo tanto, se puede concluir que los efectos relacionados a la indefensión y la mortalidad así como los beneficios sobre la longevidad de factores

como la alegría y el estilo explicativo optimista ocurrieron más allá de la gravedad de la enfermedad (Seligman, 2011).

La hipótesis que sugiere la relación de estado psicológico / cognición y salud ha sido criticada por múltiples investigadores sugiriendo una separación entre ambos factores. Por ejemplo, Šprah y Šoštarič, (2004) mencionan que comúnmente se ha considerado que la actitud mental de una persona en respuesta al diagnóstico de cáncer afecta a sus posibilidades de supervivencia. Sin embargo, aunque las diferentes estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer están predominantemente dirigidas a disminuir el malestar y mejorar su calidad de vida, múltiples estudios han sugerido que no existe evidencia convincente de que algunos estilos de afrontamiento psicológicos como la indefensión, la aceptación, el fatalismo, la negación y la impotencia puedan desempeñar un papel clínicamente importante en la supervivencia o recurrencia del cáncer (Petticrew, Bell y Hunter, 2002; Ross, Boesen, Dalton, y Johansen, 2002). De hecho, Cassileth, Lusk, Milier, Brown y Miller (1985), realizaron un estudio con una muestra de pacientes con cáncer terminal, encontrando que ninguna variable psicológica influía en la supervivencia a dicha enfermedad. Sin embargo, múltiples críticas se han hecho a estos estudios en cuanto a análisis y aspectos metodológicos. Seligman (2011), analizando el estudio de Cassileth y colaboradores, menciona que constructos que por lo general requieren amplios cuestionarios para ser medidos, Cassileth pretendió medirlos con fragmentos incompletos de los instrumentos originales. También menciona, que un sesgo de este estudio fue que todos los pacientes eran enfermos terminales.

### **Indefensión en cuidadores de sobrevivientes de cáncer**

El tema de la indefensión también ha sido considerado en cuanto a su relación con cuidadores y familiares de sobrevivientes de cáncer. Milberg, Strang, y Jakobsson (2004), diseñaron un estudio con cuidadores y familiares de los pacientes de cáncer avanzado, en cuidados paliativos a domicilio. El propósito del estudio era describir y cuantificar los múltiples factores que caracterizan a este tipo de experiencias, el significado que le dan y su posible relación con el sentido de impotencia e indefensión. El estudio incluyó a 233 familiares (tasa de respuesta del 72%) de pacientes en cuidados paliativos a domicilio y familiares de pacientes que habían muerto de 3-9 meses antes. Más de un tercio (36%) de los encuestados afirmaron que habían experimentado impotencia o indefensión todos los días o varias veces a la semana. Múltiples factores, dieron lugar a síntomas tanto físicos como psicológicos en los cuidadores. Los síntomas más documentados fueron: la tensión muscular, el dolor de cabeza, la pérdida de apetito, la ansiedad y la depresión. Estos síntomas fueron relacionados a la indefensión, la percepción de sufrimiento y posible frustración del paciente que cuidaban, así como, los sentimientos de insuficiencia de los propios familiares cuidadores. Por otro lado, los investigadores encontraron que el nivel de indefensión aumentaba los sentimientos de culpa, ira y soledad en los familiares de pacientes.

Estos datos han sido consistentes con otros estudios con cuidadores y familiares, incluyendo otras condiciones o situaciones de salud. Por ejemplo, en un estudio publicado por Sullivan y colaboradores (2012), 499 familiares y cuidadores de pacientes en unidades de intensivo fueron evaluados para indefensión aprendida y



estrés percibido. De ellos, el 51,7% presentaron características consistentes con un importante grado de indefensión aprendida. Algunos de los determinantes psicosociales asociados con la indefensión fueron: el grado o educación secundaria (OR: 3,27, IC 95%, 1.29 a 8.27,  $p = 0.01$ ) y el nivel de estrés percibido  $> 18$  (OR: 4,15, IC 95%, 2,65-6,50;  $p < 0,001$ ). La presencia de direcciones o decisiones anticipadas por el paciente (por ejemplo decisión de no resucitar) se asoció con una reducción significativa de las probabilidades de indefensión aprendida en los cuidadores.

### **CAPÍTULO III – MÉTODOS**

## **Descripción del estudio**

En este capítulo se presentan las preguntas de investigación, los objetivos y las hipótesis. El diseño del instrumento requirió de un estudio piloto para la Esta investigación requirió de un estudio piloto para el diseño del instrumento para la adaptación transcultural y traducción al castellano del ASQ para su uso en población puertorriqueña. En el capítulo, se discute primero el estudio piloto. Luego, se describe el estudio transversal en donde se obtuvo los datos para evaluar la indefensión aprendida como determinante del cuidado de salud en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en Puerto Rico.

## **Preguntas de Investigación**

1. ¿Cuál es el nivel de indefensión aprendida (IA) en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama (MSC)?
2. ¿Cuáles son los determinantes sociales que afectan el nivel de indefensión aprendida (IA) en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama (MSC)?
3. ¿Existe asociación entre la indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento para el cuidado de salud en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama?

## **Objetivos**

1. Determinar el nivel de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.
  - a. Calcular el nivel de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.
  - b. Estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama indefensas.
2. Describir los determinantes sociales relacionados a la indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.
  - a. Describir los determinantes psicosociales personales en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.
  - b. Describir los determinantes sociales sistémicos en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.
  - c. Estimar la asociación entre los determinantes sociales y la indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.
3. Determinar la relación de la indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.
  - a. Describir las acciones de afrontamiento de las mujeres de cáncer de mama en relación al apoderamiento, la adherencia, el autocuidado y el cumplimiento con el cuidado general de salud.
  - b. Estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama con acciones adecuadas de afrontamiento.

**Tesis**

- c. Estimar la asociación entre la indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento.
- d. Estimar la asociación entre indefensión aprendida y autocuidado en MSC ajustando por determinantes sociales, factores clínicos y apoderamiento.

**Hipótesis**

- 1. Los determinantes sociales sistémicos aumentarán el nivel de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.
- 2. Las mujeres menos indefensas indicarán tener mejores acciones de afrontamiento hacia el cuidado de salud particularmente aquellas relacionadas con el autocuidado.

## **Diseño del estudio**

Esta investigación se llevó a cabo mediante una encuesta de salud titulada “Factores asociados al cuidado de salud en sobrevivientes de cáncer de mama en Puerto Rico”. En la encuesta se utilizó el ASQ adaptado a población puertorriqueña para evaluar la indefensión aprendida como determinante de la salud en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. La adaptación transcultural y la traducción al castellano del cuestionario de estilo atribucional para la población puertorriqueña se efectuó como parte de las labores de diseño del cuestionario. La investigación recibió el permiso de la Junta Institucional de Revisión para la protección de seres humanos en la investigación (IRB, por sus siglas en inglés) de la Ponce Health Sciences University anteriormente conocida como Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de Ponce, Puerto Rico. El permiso del IRB identificado con el número #100216-HV fue expedido el 17 de febrero de 2010 y renovado el 13 de febrero de 2013 y posteriormente el 4 de marzo de 2015. (Ver ANEXO A).

El estudio tiene un diseño de corte transversal mediante la utilización de un cuestionario de salud estructurado. Utilizando este cuestionario se entrevistó a mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en Puerto Rico para determinar sus niveles de indefensión aprendida, los determinantes sociales, el estado de salud y sus prácticas de afrontamiento con énfasis en el autocuidado. Este estudio incluyó el Cuestionario de Estilo Atribucional versión revisada para la población en Puerto Rico para medir la indefensión aprendida.

La población de interés para este trabajo son mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Se consideró una persona como sobreviviente de cáncer desde el momento

del diagnóstico, no importa cuando se realizó el diagnóstico o si fue tratada con éxito (Instituto Nacional del Cáncer, 2010).

## **Diseño del cuestionario**

Según Aday y Cornelius (2006), al hablar de metodología para estudiar y entender procesos relacionados a la salud, las encuestas o los cuestionarios de salud son los instrumentos y los métodos de elección para obtener información de la población sobre factores como; los fenómenos subjetivos en relación con la salud, la prevalencia de enfermedades, la morbilidad, las conductas relacionadas a la salud (incluyendo la prevención) y la utilización de servicios de salud, tanto públicos como privados, entre diversas otras funciones. Según menciona la literatura (Aday y Cornelius, 2006), los cinco usos más importantes en las encuestas de salud son;

- Planificar programas de salud basados en el estudio de necesidades de la comunidad.
- Evaluar el impacto de las intervenciones de salud en grupos afectados.
- Conocer estado de salud, satisfacción y el acceso al cuidado dirigido a pacientes con planes médicos.
- Determinar el curso de una enfermedad (como los estudios de casos y controles o cohorte) o estudiar la efectividad de un tratamiento (ensayo clínicos) mediante un enfoque epidemiológico o investigaciones clínicas.
- Estimar el estado de salud en la práctica clínica directa para seleccionar tratamiento o monitorear resultados de los pacientes.

Con el propósito de estudiar el autocuidado en mujeres sobrevivientes de cáncer, así como el nivel de indefensión aprendida y el posible vínculo de ambos factores se decidió utilizar el cuestionario o encuesta de salud como instrumento de recopilación de datos. Entre las ventajas del uso de esta estrategia metodológica se encuentran el ser realizable, relativamente rápida, un procedimiento económico, permite el estudio de múltiples variables / exposiciones a la misma vez, es útil para la estimación de la magnitud de un problema de la población, la planificación de la salud y el establecimiento de prioridades de los problemas de salud (Mandil, 2009).

Distintos métodos fueron utilizados para el diseño de los ítems incluidos en las otras partes del cuestionario de recopilación de datos. Las preguntas y las aseveraciones fueron diseñadas utilizando información obtenida en una revisión de literatura que consideraba investigaciones de los temas tratados. Múltiples de las premisas añadidas fueron diseñadas basadas en la experiencia e interrogantes del equipo investigador.

El cuestionario incluía las siguientes secciones: las características sociodemográficas, el historial de salud, las prácticas de autocuidado, la relación médico paciente y las barreras de salud. Además, el cuestionario incluía el ASQ versión revisada para medir indefensión aprendida. El cuestionario también consideraba aspectos como la relación médico paciente y las redes de apoyo (Ver ANEXO B). El primer paso en la construcción del cuestionario fue la adaptación transcultural y traducción al castellano del ASQ.



## **Adaptación transcultural y traducción al castellano del Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ) para su uso en población puertorriqueña**

El propósito de la adaptación de un instrumento a una nueva cultura es obtener una medida que sea semejante conceptualmente, equiparable al original y que resulte apropiado y válido en la cultura diana. La traducción y la adaptación cultural de un instrumento de investigación, requiere un proceso estructurado dirigido a obtener una equivalencia semántica y conceptual respecto al cuestionario original. (Serra et al., 2002). Existe un cierto consenso respecto a la metodología más adecuada para la adaptación de medidas de salud, denominada traducción directa e inversa o traducción / retro – traducción (Beaton, Bombardier, Guillemin y Bosiferras, 2000). Por otro lado, una parte fundamental del proceso de adaptación, incluye la práctica de técnicas cualitativas como: las reuniones, la discusión en paneles, los grupos focales o las entrevistas cognitivas (Walker, 1985), para garantizar que el contenido del instrumento sea comprensible y que se incorporen aspectos relevantes para la población a la que va dirigido.

El instrumento a ser adaptado fue el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ) de Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky y Seligman en la versión de 1982. Para la adaptación se encontraron varias versiones en castellano del ASQ (Sanjuán y Magallares, 2005, 2006; Vázquez, Avia, Alonso y Fernández, 1989), siendo una de las más utilizada la de Pilar Ferrandiz (1995). Sin embargo, aun cuando las mismas fueron traducidas para su uso en distintos países de habla hispana, no se encontró evidencia de que fueran validadas en el nuevo idioma. Esta revisión de

literatura tampoco reflejó la existencia de versiones de este cuestionario culturalmente adaptadas para su uso con población hispana, especialmente puertorriqueña.

### **El Cuestionario de Estilo Atribucional**

La adaptación llevada a cabo en este estudio tuvo como propósito adaptar a la cultura puertorriqueña el cuestionario ASQ. Los objetivos específicos para lograr esta adaptación fueron;

- Obtener una versión en castellano del ASQ para su utilización en la población puertorriqueña.
- Evaluar la equivalencia semántica de la nueva versión respecto de la versión original.
- Evaluar la validez de aspecto de la versión traducida para medir la indefensión aprendida.

El ASQ (Seligman et al., 1979) es un cuestionario compuesto por 48 ítems, a través de los cuales el sujeto debe contestar a una serie de preguntas en relación con las dimensiones de la explicación causal ante 12 situaciones hipotéticas que pueden suceder en la vida cotidiana, seis de ellas positivas y seis negativas. Ante cada una de esas situaciones, en primer lugar, el sujeto debe escribir el motivo principal que puede haber dado lugar a esa situación. A continuación, a base del motivo escrito, debe responder a tres preguntas sobre tres dimensiones atribucionales: interno-externo, estable-inestable y global-específico. A partir de las respuestas a estos ítems se obtiene la puntuación de los sujetos en 10 escalas:

- **Interna negativa**, hace referencia a las atribuciones causadas por el mismo

individuo ante acontecimientos negativos.

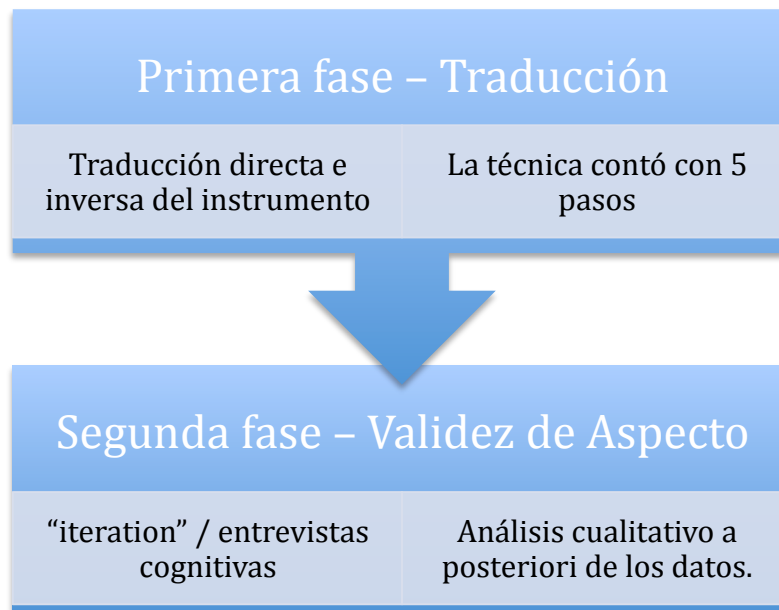
- **Estable negativa**, hace referencia a las atribuciones debidas a factores permanentes en el tiempo (que siempre pasará lo mismo) para acontecimientos negativos.
- **Global negativa**, hace referencia a la generabilidad de la atribución a otras situaciones negativas.
- **Interna positiva**, hace referencia a las atribuciones causadas por el mismo individuo ante acontecimientos positivos.
- **Estable positiva**, hace referencia a las atribuciones debidas a factores permanentes en el tiempo (que siempre pasará lo mismo) para acontecimientos positivos.
- **Global positiva**, hace referencia a la generabilidad de la atribución a otras situaciones positivas.
- **Puntuación de esperanza (Hopefulness)** hace referencia a las atribuciones estables y globales para acontecimientos positivos.
- **Puntuación de desesperanza (Helplessness)**, se refiere a las atribuciones estables y globales para acontecimientos negativos.
- **Compuesto negativo (depresión) o CN**, hace referencia a las atribuciones internas, estables y globales para situaciones negativas.
- **Compuesto positivo (no-depresión) o CP**, hace referencia a las internas, estables y globales para situaciones positivas.
- **CPCN (Indefensión)**, hace referencia a la valoración de positivas y negativas juntas.

En cuanto a sus propiedades psicométricas se ha encontrado una consistencia interna de Alfa de Chronbach de 0.75 para el compuesto positivo y de 0.72 para el

compuesto negativo, y una fiabilidad de prueba pos prueba de 0.70 para el compuesto positivo y 0.74 para el negativo (Peterson, Semmel, Von Bayer, Abramson, Metalsky y Seligman, 1982). Tennen y Herzberger (1986), tras la revisión de distintos estudios que presentan datos sobre la fiabilidad del ASQ., concluyen que el cuestionario presenta una buena consistencia interna, con coeficientes Alfa de Cronbach iguales o superiores a 0.70 para cada una de sus escalas.

### **Procedimiento para la adaptación transcultural**

La adaptación transcultural del instrumento se realizó en dos fases (figura 4). La primera fase fue la traducción directa e inversa del instrumento original, mediante la participación de lingüistas profesionales y especialistas bilingües en indefensión aprendida, psicología y salud pública/epidemiología. La validez de aspecto fue la segunda fase de la adaptación transcultural. Mediante un proceso de “iteración” o entrevistas cognitivas individuales semiestructuradas se evaluó la comprensión de las preguntas, se determinó si el vocabulario es adecuado y si las premisas son culturalmente apropiadas. Esta técnica se basa en teorías sobre los procesos mentales que las personas asumen ante una pregunta, específicamente aquellos que le ponen significado y con los que rescatan información de su memoria para responder (Forsyth, Lessler, 1991; Berra, Bustingorry, Henze, Díaz, Rajmil, y Butinof, 2009).



**Figura 4 - Fases de la adaptación al español y cultural del Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ)**

***Primera Fase de la Adaptación: Traducción / Retro - Traducción Del ASQ***

La técnica de “Traducción / Retro – Traducción” es utilizada para crear equivalencias conceptuales a través de dos idiomas. Esta técnica se basa en la traducción de un instrumento de entrevista o cuestionario que ya ha sido traducido a un idioma extranjero de regreso al idioma original. Idealmente, la metodología debe ser realizada por un traductor diferente al que realizó la traducción o traducciones originales. Tras la creación de instrumentos en el nuevo idioma y la traducción del mismo al lenguaje original, un equipo de evaluadores somete las distintas versiones a un proceso de comparación para reconocer puntos de divergencia entre los mismos. La traducción debe ser evaluada con la intención de lograr un fraseo de la nueva versión del instrumento equivalente a la versión original.

El propósito de la aplicación de esta metodología fue para lograr el objetivo de la creación de una versión revisada y adaptada al castellano de cuestionario ASQ.

Los cinco pasos para la traducción fueron: la traducción, la síntesis de las traducciones, la retro traducción, la revisión de comité de expertos y la revisión de versión de consenso por un especialista en indefensión (figura 5).

**Paso I – Traducción:** Dos traducciones al castellano fueron consideradas para ser evaluadas. Tras una búsqueda de versiones en castellano del ASQ para la realización del estudio, se decidió trabajar sobre la versión del ASQ en castellano de la Dra. Pilar Ferrandiz (1995). Esta es la traducción del instrumento más utilizada en la literatura científica para estudios de indefensión. Por lo tanto, la primera traducción representa una llevada a cabo por un investigador con pleno conocimiento de los objetivos de dicho instrumento y sus objetivos de medida. La segunda versión en castellano fue la traducida por un investigador puertorriqueño bilingüe sin conocimiento sobre las bases y constructos del ASQ. Se solicitó a una especialista en salud pública (bilingüe), una traducción al castellano del instrumento. Esta segunda versión en castellano sería la realizada sin conocimiento del contenido teórico del ASQ.

- **Versión A** = ASQ original en inglés según publicado por Seligman, Semmel, Abransom, Von Baeger.
- **Versión B** = Traducción del ASQ versión A (inglés) realizada por especialista en la material de indefensión, Dra. Pilar Ferrandiz en 1995.
- **Versión C** = Traducción de la Profesora Himilce Vélez quien es especialista en salud pública y profesional bilingüe, pero no tiene conocimiento teórico del ASQ.

**Paso II - Síntesis de las traducciones:** Un tercer investigador bilingüe y con conocimiento de los fundamentos del instrumento utilizó las dos versiones en castellano y al amparo del documento original en inglés efectuó una síntesis de las traducciones (versión D). Esta revisión se llevó a cabo tomando en cuenta el elemento cultural y las versiones de interpretación B y C considerando la versión original. En el paso dos las observaciones más sobresalientes fueron:

- La inclusión del “femenino” y “masculino” para los adjetivos y los artículos en las premisas al comparar los instrumentos en inglés y en español es importante. Esto presenta gran importancia si consideramos que el estudio final es con una muestra de mujeres.
  - Se decide utilizar el concepto motivo (Ferrandiz) en vez de causa.
  - En la versión de Ferrandiz se observan unas interpretaciones que podrían distar de la versión anglo.
- **Versión D** = Preparación de instrumento analizando las versiones A (inglés) B (Ferrandiz) y C (Vélez) por un revisor (Miguel E. Marrero)

**Paso III: Retro-traducción “Back-Translation” :** La versión D (síntesis de las traducciones) fue traducida al idioma original del instrumento, inglés, por un traductor profesional certificado independiente con base de licenciatura en psicología. Esta traducción, la versión E del instrumento, fue creada por un traductor sin conocimiento previo del instrumento, de las bases del mismo, ni de los objetivos de medida de este. El resultado de este paso fue obtener una versión en inglés del proceso de traducción / retro – traducción del ASQ conceptualmente muy parecida al

instrumento original aunque realizada por una traductora que no conocía el instrumento original.

- **Versión E** = “back translation” al inglés de la síntesis de las versiones en castellano por traductora profesional sin conocimiento del instrumento.

**Paso IV: Revisión de comité de expertos:** Un comité de expertos, compuesto por la Prof. Doris Angleró (traductora profesional), la Prof. Himilce Vélez (experta en salud pública) y Miguel E. Marrero (investigador principal del estudio) compararon la versión original del instrumento con el “back translation” así como con la síntesis en castellano. El resultado del paso IV fue el desarrollo de una versión (Versión F) por consenso. Este comité también evaluó la equivalencia semántica, idiomática, experimental y conceptual del ASQ original y la nueva versión en castellano.

- **Versión F** = Versión creada por consenso por el comité de expertos mediante la comparación del “back translation” con la versión original y con la síntesis en castellano.

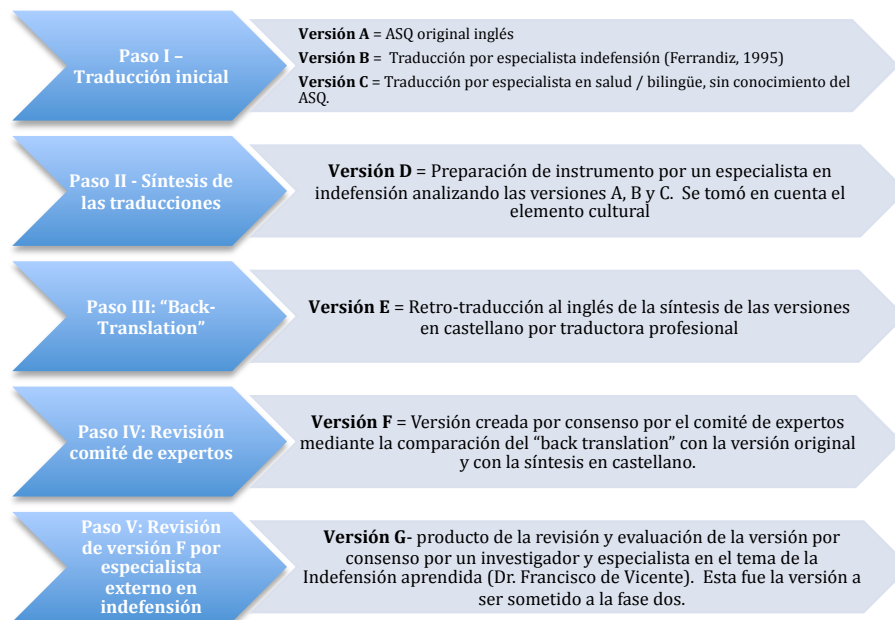
**Paso V: Revisión de versión de consenso por especialista en indefensión:**

La versión por consenso (versión F) es revisada por un investigador y especialista en el constructo de indefensión aprendida, Dr. Francisco de Vicente. El especialista evaluó conceptos semánticos, idiomáticos, experimentales y conceptuales de la nueva versión en español. El Dr. Vicente sugirió modificaciones en las instrucciones del instrumento como el hablarle al participante en primera persona y la simplificación de conceptos para facilitación de entendimiento de las mismas. En términos de estructura



se sugirió el encuadrar los números de la escala de valores de las premisas para facilitar el proceso de contestación del instrumento.

- **Versión G** = Versión producto de la revisión y evaluación de la versión por consenso por un investigador y especialista en el tema de la Indefensión aprendida (Dr. Francisco de Vicente). Los pasos para la traducción del instrumento se resumen en la siguiente figura.



**Figura 5 - Pasos para la traducción / retro - traducción del ASQ**

### *Segunda Fase de la Adaptación: Iteración del ASQ*

Para evaluar si los términos utilizados en la versión propuesta son entendidos por la población puertorriqueña se utilizó el proceso de iteración (figura 6). La metodología de iteración ha sido identificada con múltiples nombres o términos como

lo son: entrevista cognitiva, el término más común, “entrevistas en profundidad”, “protocolos concurrentes y retrospectivos”, “entrevistas individuales intensivas”, entre otros. (Padilla, García y Gómez, 2007). Este procedimiento podría definirse como una entrevista semi-estructurada en la cual se pretende conseguir información sobre las dificultades que se le han presentado al entrevistado en cuanto a la comprensión de las preguntas, las tareas de recuperación de información y la elaboración de la respuesta del instrumento que se está evaluando (Presser et al., 2004; Snijkers, 2002; Sofaer, 2002). La entrevista cognitiva sirve de herramienta efectiva, para conseguir información sobre posibles fuentes de error de medida en las diferentes fases, identificando los problemas que pueden aparecer en cada una de ellas mejorando así la redacción de las preguntas del cuestionario. La entrevista cognitiva es una metodología compuesta de varias técnicas que permiten indagar cómo se han desarrollado las fases del proceso de pregunta-respuesta (Padilla, García y Gómez, 2007).

Para efectos de este estudio se utilizó la entrevista cognitiva como método de confirmación y evaluación de interpretación cultural, semántica e idiomática de la nueva versión adaptada al castellano del ASQ. El procedimiento para llevar a cabo esta metodología fue la realización de entrevistas de tipo “cara a cara” a cada participante mediante la aplicación del instrumento ASQ. El entrevistador leyó cada premisa y sus posibles contestaciones a los participantes. Tras la lectura de cada premisa y la anotación de las respuestas se procedió a aplicar cuatro técnicas distintas de evaluación de las premisas;

1. **Verbalización del pensamiento** - Esta técnica pretende ayudar a conocer los pensamientos del entrevistado cuando responde a la pregunta.
2. **Pruebas centradas en el significado** – Se pretende investigar cómo el

Tesis

entrevistado ha entendido una palabra o término del ítem clave para la comprensión de la pregunta.

3. **Parafraseo** - Basado en la comprensión directa del ítem, el entrevistado tiene que repetir el ítem con sus propias palabras.
4. **Evaluación de preguntas** – Pretende investigar aspectos particulares en los que el entrevistado ha tenido que pensar para elaborar su respuesta.

Un total de 5 personas fueron entrevistadas mediante la aplicación de la versión revisada del ASQ en castellano. La muestra estuvo compuesta por un varón y cuatro mujeres. Todos los participantes contaban con una preparación académica de nivel escolar y no universitaria. La selección de la muestra se realizó considerando mayormente mujeres pues es la población a la que va dirigida el estudio principal. El bajo nivel académico de los participantes sirvió para evaluar la claridad del instrumento a cualquier nivel educativo de los entrevistados posteriores. Los hallazgos más sobresalientes del proceso de iteración fueron:

1. Las instrucciones pueden ser muy largas y confusas. Se recomienda hacerlas más fáciles y en forma de párrafo.
2. Las mujeres mayores de 40 entrevistadas en la situación número once donde pregunta *“VAS A UNA CITA CON UNA CHICO O CHICA Y TE SALEN MAL LAS COSAS”* al utilizar el concepto “chico” no podían identificarse con la pregunta, lo sentían como refiriéndose a algún joven menor que ellas. Se presentó como sugerencia utilizar el concepto “hombre o mujer”.
3. En todas las entrevistas surgió el tema de “hacerse rico”. En Puerto Rico como un factor social generalizado de entendimiento cultural el concepto “hacerse rico” surge de factores externos como la suerte, los milagros o las bendiciones.

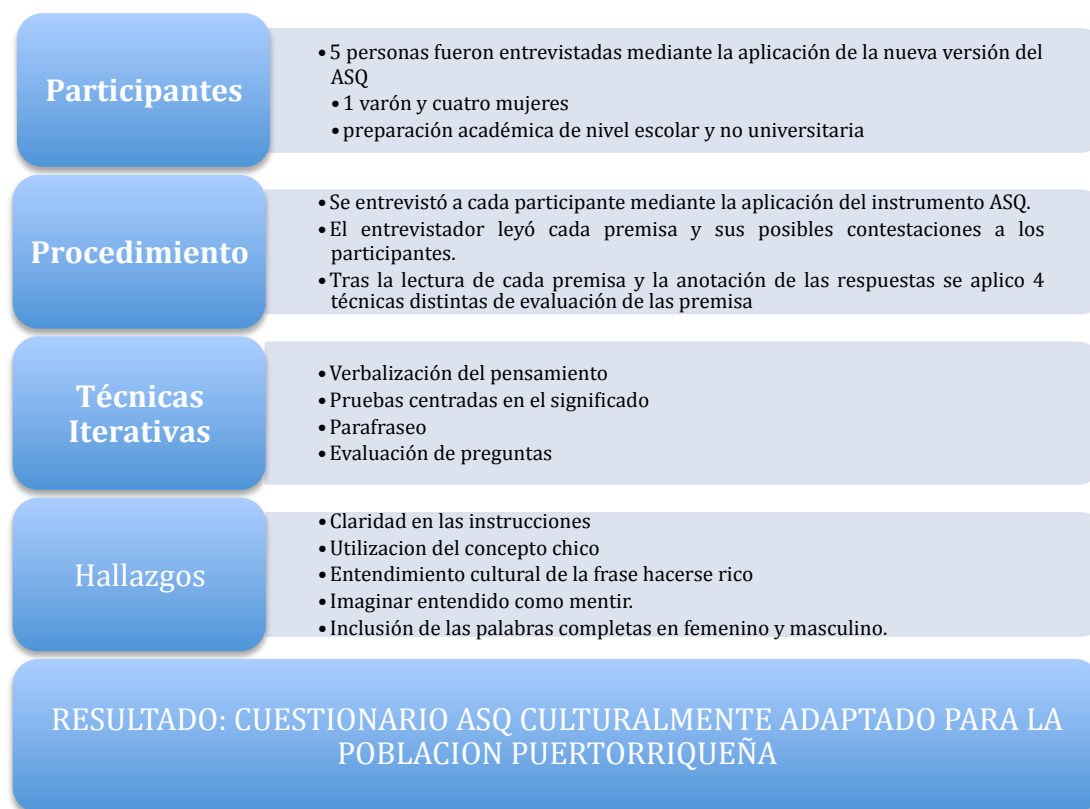
Tesis

Podríamos hablar de una “indefensión cultural”. Esto podría convertirse en un sesgo para el análisis del estudio.

4. Una de las participantes alegó sentirse incómoda al tener que “imaginar” situaciones negativas (en especial la situación 4 – *UN AMIGO SE ACERCA A TI PIDIENDO AYUDA Y NO INTENTAS AYUDARLO.*) ya que alegaban estar “mintiendo” lo que afectaba el proceso de continuar contestando el cuestionario. Es importante tomar en consideración que para algunas personas imaginar es sinónimo de mentir, hay que establecer algunas estrategias para que las personas puedan ubicarse en la situación sin sentir que faltan a sus valores o asumen posiciones de falsedad.
5. En una de las entrevistas surgió como sugerencia la inclusión de las palabras completas en cuanto a femeninos y masculinos a la hora de referirse a personas como amigo o amiga y no decir amigo/a.

El resultado de esta fase fue el cuestionario culturalmente adaptado a la población de puertorriqueña a ser utilizado en una encuesta de salud para medir indefensión aprendida como determinante de la salud (**Versión H-Final**).

Tesis



**Figura 6 - Descripción de la fase 2**

El proceso de adaptación transcultural y traducción del ASQ ha permitido obtener un instrumento en español conceptualmente semejante al original inglés. El cuestionario tiene equivalencia transcultural con la versión original, lo que se ha conseguido a través del método de traducción – retro traducción por traductores profesionales y especialistas en psicología y salud pública bilingües. El proceso se completó entrevistando mediante la metodología de la iteración a un grupo de personas no especializadas en los constructos psicológicos que miden el ASQ y de baja escolaridad para la obtención de la versión definitiva. Dicha metodología también fue utilizada para evaluar la validez de aspecto de la versión en castellano del ASQ. Según los datos obtenidos, la nueva versión del ASQ presenta validez de

aspecto y validez de contenido. El instrumento presenta niveles adecuados de confiabilidad, muy parecidos a los datos obtenidos en el instrumento original. Este estudio logró una adaptación del ASQ a la cultura puertorriqueña que mantuviera completa equivalencia conceptual con el original y que resulte apropiado, aceptable e igualmente válido en la nueva cultura e idioma. El cuestionario final incluyó otras dimensiones (Tabla 6).

Las dimensiones fueron:

- los determinantes sociales,
- las prácticas de autocuidado y
- el cumplimiento con la salud.

Los determinantes sociales se dividieron en:

- las características demográficas,
- las características económicas y
- la religiosidad y
- Los determinantes sistémicos

En las prácticas de autocuidado se consideró el apoderamiento en salud, la adherencia y las acciones de autocuidado y cumplimiento con la salud.

Tabla 6 - Secciones del Cuestionario

DETERMINANTES SOCIALES		
DETERMINANTES SOCIALES – PERSONALES		
Demográfico	Edad	Vive sola
	Edad al momento del diagnóstico	Estado Civil
	Tiempo de sobrevivencia	Escolaridad
	Zona de residencia	
Económico	Trabaja por paga	Recibe ayuda económica
	Ingreso	Tipo Seguro de Salud
	Tiene fuente propia	
Religiosidad	Participación en actividades espirituales	
DETERMINANTES SOCIALES – SISTÉMICOS		
Interacción Social	Barreras para el cuidado y apoyo	Factores ansiógenos
		Barreras de acceso a servicio
Institucional	Transportación	Calidad del servicio
	Relación médico - Paciente	Barreras financieras
	Comunicación médico paciente	Barreras de información y comunicación
	Orientación sobre salud	Tratamiento
INDEFENSIÓN APRENDIDA		
AFRONTAMIENTO		
Apoderamiento en salud		
Adherencia	No intencional	Intencional
Cumplimiento con el cuidado de salud	Visita al médico en los últimos 12 meses	Plan de seguimiento de su cuidado de salud
	Evaluación nutricional	Visita al dentista
	Examen de la vista	
Prácticas de autocuidado	Desarrollo Personal y Social	Prácticas de alimentación (Horario regular, Comida Rápida)
	Descanso	Vida sexual
	Ambiente	Estilos de Vida

## **Población**

Según datos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2013), el cáncer de mayor incidencia y mortalidad entre las mujeres en Puerto Rico es el cáncer de mama. A base de las tasas de incidencia para el período 2006-2010, el 8.6% de las mujeres que nacen hoy en Puerto Rico serán diagnosticadas con cáncer de mama durante su vida. En otras palabras, 1 de cada 12 mujeres serán diagnosticadas con cáncer de mama durante su vida.

En cuanto a la incidencia de este cáncer, entre las mujeres, el cáncer de mama fue el más común, representando el 29.3% ( $n = 1904$ ) de todos los casos en las mujeres para el año 2010. Cuando se habla de la mortalidad para este mismo año, este tipo de cáncer fue la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres, representando el 18.1% ( $n = 410$ ) de todas las muertes en las mujeres (Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, 2013). Durante el periodo de 1987 a 2010, la incidencia de cáncer de mama en las mujeres en Puerto Rico aumentó significativamente en un promedio de 1.3% por año (Registro Central de Cáncer, 2013).

Este es el cáncer con mayor número de mujeres sobrevivientes con un total de 13,736 mujeres para el año 2010 (Registro Central de Cáncer, 2013). Para el año 2010, el grupo de edad de 65-79 años tuvo la prevalencia más alta de sobrevivientes de cáncer de mama (5,145 mujeres), seguido por el grupo de edad de 50-64 años con unas 4,665 mujeres (Registro Central de Cáncer, 2013).



## Muestra

### *Cálculo del tamaño de la muestra*

El tamaño de la muestra se calculó tomando en consideración la diferencia esperada entre los grupos de comparación, el nivel de confiabilidad y el poder estadístico (Tabla 7). Los grupos de comparación fueron basados en la frecuencia esperada de prácticas autocuidado entre las mujeres indefensas y las no indefensas. Se determinó que una muestra de entre 208 y 500 mujeres podría ser adecuada luego de analizar varios posibles escenarios, considerando los hallazgos de estudios anteriores y la pregunta de investigación.

**Tabla 7 - Cálculo para Tamaño de Muestra Mediante la Diferencia Esperada entre los Grupos de Comparación, el Nivel de Confiabilidad y el Poder Estadístico**

<i>FRECUENCIA ESPERADA DE AUTOCUIDADO</i>		<i>DIFERENCIA ESPERADA</i>	<i>OR</i>	<i>NIVEL DE CONFIANZA</i>	<i>PODER</i>	<i>TAMAÑO DE MUESTRA</i>
NO INDEFENSOS	INDEFENSOS					
25%	40%	15%	2.0	95%	80%	330
25%	40%	15%	2.0	90%	70%	<b>208</b>
25%	37%	12%	1.76	95%	80%	496
25%	37%	12%	1.76	90%	70%	310
25%	35%	10%	1.62	95%	80%	696
25%	35%	10%	1.62	90%	70%	434

### ***Criterios de inclusión***

La elegibilidad de las mujeres para determinar su participación en el estudio se utilizó tres criterios:

- Mujeres de 21 años de edad o mayores
- Mujeres sobrevivientes de cáncer; que el cáncer de mama sea su cáncer primario.
  - Para efectos de este trabajo se definió la sobrevivencia de cáncer según criterios del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (2010). Se consideró una persona sobreviviente de cáncer desde el momento de su diagnóstico de cáncer, no importa cuando se realizó el diagnóstico o si fue tratada con éxito.
- Haber completado todas las preguntas del cuestionario ASQ para determinar indefensión aprendida.

### ***Proceso de Reclutamiento***

Se informó del estudio a las mujeres a través de hoja sueltas, boletines, y comunicación por parte de profesionales de la salud (ANEXO C). El proceso de reclutamiento de las participantes se llevó a cabo mediante diversas modalidades;

1. Seis jornadas o actividades educativas organizadas y convocadas por la investigación.
2. Visita a tres clínicas oncológicas y centros especializados en oncología

3. Seis Relevos por la Vida, actividades de concienciación sobre el cáncer organizada por la Sociedad Americana del Cáncer, Capítulo de Puerto Rico.

La Sociedad Americana del Cáncer es una organización de la salud con base voluntaria de la nación americana dedicada a la investigación, la educación, el servicio y el establecimiento de política pública en todo lo relacionado al cáncer y sus sobrevivientes.

4. Visita a cinco grupos de apoyo a sobrevivientes de cáncer en distintos puntos de la Isla.
5. Técnica de bola de nieve

Durante un periodo de ocho meses que comprendieron dos temporadas; de marzo a junio del 2010 y de septiembre a diciembre del 2010 se entrevistaron un total de 335 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama que aceptaron participar del estudio firmando el consentimiento informado (ANEXO D). De las 335 mujeres, se incluyeron en el estudio 250 mujeres que se les pudo calcular el CPCN, escala que define la indefensión aprendida, ya que contestaron todas las premisas del ASQ (véase Tabla 8).

**Tabla 8 - Muestra Apta para el Estudio que Completaron Todas las Preguntas en las Diversas Secciones del ASQ**

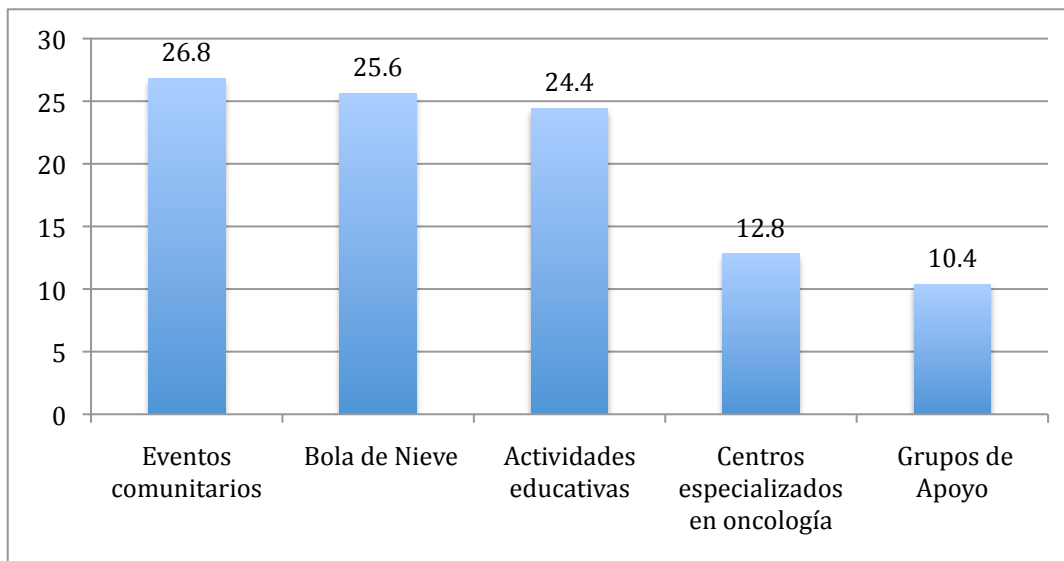
<i>PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE SALUD</i>	<i>N = 335</i>
DIMENSIÓN	n
IN	277
SN	276
GN	274
IP	285
SP	284
GP	279
Desesperanza	273
Esperanza	277
CoNeg - Compuesto Negativo –Depresión-	271
CoPos - Compuesto Positivo –Optimismo-	276
<b>CPCN</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS DE INDEFENSIÓN APRENDIDA</b>	<b>250</b>

De los distintos tipos de actividades llevadas a cabo para reclutamiento los eventos comunitarios, organizados por la Sociedad Americana del Cáncer produjeron el 26.8 por ciento de la muestra (Fig. 7). Actividades educativas llamadas jornadas produjeron un 24.4% de los participantes. Las jornadas fueron reuniones educativas, talleres y seminarios organizados por los investigadores de un día de duración. Tras convocatoria pública se invitaba a sobrevivientes de cáncer de la zona y sus cuidadores para ofrecerles talleres y conferencias relacionados a la salud y la sobrevivencia el cáncer. Se llevaron a cabo 6 jornadas alrededor de toda la isla (ANEXO E). Del total de las entrevistas un 12.8% se obtuvo de visitas a clínicas oncológicas y el 10.4% de visita a grupos de apoyo de sobrevivientes de cáncer (Fig. 7). Una cuarta parte de la muestra (25.6%) se obtuvo mediante la técnica de muestreo de bola de nieve.

El muestreo por bola de nieve permitió que las encuestadas en las distintas otras modalidades, después de ser entrevistadas identificaban a otras personas que pertenecían a la población de interés (mujeres sobrevivientes de cáncer de mama como su cáncer primario). De esta forma, las siguientes encuestadas se seleccionaron a base de las referencias. Este proceso se realizó en olas para obtener referencias de las referencias, lo cual en si originó un efecto de bola de nieve.

La siguiente gráfica presenta la distribución de las mujeres incluidas en este estudio por lugar de reclutamiento y tipo de actividad.

Tesis



**Figura 7 - Relación de actividades según tipo o modalidad y % de participante.**

### Recopilación de datos

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante una entrevista utilizando un cuestionario estructurado de salud. A las sobrevivientes se les dio tres opciones para completar el cuestionario;

- la opción de ser entrevistadas o
- de completar el cuestionario auto-administrado con asistencia de un entrevistador o
- de completar el cuestionario sin asistencia.

El tiempo promedio para completar los cuestionarios fluctuaba entre 45 minutos y una hora treinta minutos. Más de 20 voluntarios en su mayoría estudiantes de salud pública de la Ponce Health Sciences University participaron del proceso de entrevistas. Todos los asistentes de investigación (entrevistadores) como requisito de participación tomaron dos días de adiestramiento. El adiestramiento consistió en

**Tesis**

técnicas de entrevista, secciones del cuestionario y proceso de llevar a cabo la entrevista de estudio, conceptos básicos y epidemiología del cáncer de mama, juego de roles para hacer la entrevista o asistir a los participantes en intervención en crisis.

***Manejo de datos***

La entrada de datos se llevó a cabo a través del programa Adobe Professional. Un segundo día de adiestramiento incluía los tópicos de uso de programa Acrobat con el cual se creó una versión digital del cuestionario para facilitar la entrada de datos. Los datos recolectados en Acrobat posteriormente eran exportados al programa Excel para el control de calidad de los datos entrados, posteriormente exportándolo al paquete estadístico SPSS-20 para su análisis.

***Procedimiento de control de calidad en la entrada de datos***

En el estudio original (335 entrevistas) se hizo un proceso de control de calidad de los datos. Como parte de este proceso, se llevó a cabo una selección aleatoria de 150 de las entrevistas realizadas para evaluar y cuantificar la posibilidad de errores en la entrada de los datos. En la selección de números aleatorios se incluyó de los números 1 al 390. Cinco asistentes de la investigación llevaron a cabo una selección de 35 números por persona aunque sólo analizarían 30 expedientes. Los cinco números adicionales se debió a que hay números dentro de este rango (1-390) que no se utilizaron en el proceso de codificación de instrumentos o las sobrevivientes no completaron sus cuestionarios. Si uno de los números que salía no correspondía a

un cuestionario completado, era sustituido por el número que salió en la posición 31 y así consecutivamente. Tras la selección de los números y la verificación de que existiera el instrumento se procedió a comparar los datos en el instrumento con los entrados en la base de datos de Excel. Los errores encontrados así como los cambios hechos se documentaron en tablas para la verificación final y análisis de patrones de errores. La base de datos fue actualizada corrigiendo los errores encontrados en el control de calidad tomando decisiones sobre algunas codificaciones que presentaron confusión.

### **Análisis de datos**

#### ***Construcción de escalas***

Una vez entrados los datos se identificaron las premisas correspondientes a cada variable de estudio. La selección de las variables finales se llevó a cabo tomando en cuenta los objetivos de estudio. Algunas variables fueron construidas usando escalas. Para determinar qué premisas se iban incluir en estas escalas se utilizaron dos técnicas; 1) reducción de variables por constructos o premisas previamente definidas y 2) mediante la técnica análisis factorial.

El análisis factorial también identificado como análisis de Componentes Principales o de Factores Comunes pretende reducir o simplificar la información que nos da una matriz de correlaciones, facilitando así su interpretación (Morales - Vallejo, 2013). Este diseño estadístico se utiliza para la síntesis de información, o reducción de la dimensión (número de variables), y busca identificar cuáles de las mismas se relacionan con otras (Terradez Gurrea, 2003). El objetivo será, reducir un

banco de datos con múltiples variables, a una cantidad menor de variables manteniendo la mayor cantidad de información posible (Terradez Gurrea, 2003). Este procedimiento, considera que existen otras variables, otras dimensiones o factores que explican por qué unos ítems se relacionan más con unos que con otros (Morales - Vallejo, 2013). Una combinación lineal de las variables originales, que además serán independientes entre sí, serán los nuevos factores o componentes principales producto de esta metodología estadística (Terradez Gurrea, 2003). Las Tablas 9 y 10 presentan las variables que se construyeron mediante escalas predefinidas y por componentes principales, respectivamente.

**Tabla 9 - Variables Construidas Mediante Escalas Pre-Definidas**

<i>Variables</i>
Participación en actividades espirituales
Orientación sobre salud
Adherencia
Apoderamiento en salud
Religiosidad
Cumplimiento con la salud

**Tabla 10 - Variables Construidas Mediante Escalas por Componentes Principales**

<i>Variables</i>
Barreras en el cuidado y apoyo
Factores ansiógenos
Barreras en acceso a servicio
Relación médico paciente
Comunicación médico paciente
Barreras financieras
Calidad de servicio,
Barreras de inf, y comunicación
Prácticas de autocuidado
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo Personal y Social,</li> <li>• Descanso,</li> <li>• Ambiente y</li> <li>• Estilos de vida</li> </ul>

La construcción de las categorías y escalas se describirá más adelante en las sección correspondientes.



### *Determinantes Sociales Personales*

Los determinantes sociales personales fueron: demográficos, económicos y religiosidad. Los determinantes socio demográficos incluidos en el estudio fueron la edad, la edad al momento del diagnóstico, el tiempo de sobrevivencia, la zona de residencia, si la persona vivía sola, el estado civil y la escolaridad. La edad se dividió en tres categorías, menor de 50 años, 50 a 64 años y 65 años o más. La edad al momento del diagnóstico se dividió en tres categorías que fueron menores de cuarenta años de edad, entre 40 y 59 años y 60 años o más. Estas categorías se crearon considerando las características epidemiológicas de la condición. Las categorías de tiempo de sobrevivencia se desarrollaron considerando la guía de tratamiento para el cáncer de mama donde usualmente los dos primeros años incluyen el proceso de cirugía y tratamientos de quimioterapia y radio terapia, luego 5 años (del tercer al séptimo año de sobrevivencia) terapia biológica y 8 años o más seguimiento con médico primario. Para la división de la zona de residencia se categorizó según la propia división que hace el Censo Federal de los Estados Unidos de América dividiendo las participantes en ciudad, municipio aledaño y zona no metropolitana. La Tabla 11 presenta una descripción de los determinantes demográficos incluidos en el estudio.

**Tabla 11 - Descripción de Variables Consideradas como Determinantes Sociales Personales**

<i>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</i>	<i>DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Edad actual	Número de años cumplido al momento de la entrevista	< de 50 años 50 – 64 años 65 o Más
Edad al momento del diagnóstico	Número de años cumplido al momento del diagnóstico.	< de 40 años 40 – 59 años 60 o Más
Tiempo de sobrevivencia	fecha de la entrevista menos la edad al momento del diagnóstico	2 años o menos 3 a 7 años 8 años o más
Zona de residencia	Clasificación del municipio de residencia según definido por el Censo del 2000 / Revisión del 2003	Ciudad Municipio aledaño No Metropolitano
Vive Sola		No Sí
Estado Civil		Casada No Casada
Escolaridad	Último grado académico completado	4º año o menos Más de 4º

Los determinantes económicos incluidos en el estudio fueron trabaja por paga, el ingreso, tiene fuente económica propia, recibe ayuda económica y el tipo de seguro de salud. La variable trabaja por paga evaluaba si la participante contaba con algún tipo de empleo por el cual genere ingreso. El ingreso se evaluó según la mediana de los ingresos documentados en el estudio. Tiene fuente propia como variable mide si la economía de la participante se basa en dinero relacionado a trabajo incluyendo sueldo, pensión de retiro o incapacidad y seguro social. El seguro social en los Estados Unidos de América es un programa donde las personas reciben como beneficio provisión para pensiones de jubilación y seguros de invalidez en reconocimiento a las contribuciones económicas hechas en su tiempo de trabajo a un programa de seguros federal. Si recibe ayuda económica se refiere a que como parte de su ingreso reciba apoyo económico de su familia o ayudas económicas del gobierno (Tabla 12).

**Tabla 12 - Descripción de las Variables Consideradas como Determinantes Económicos**

<i>VARIABLES ECONÓMICAS</i>	<i>DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Trabaja por paga	La participante tiene empleo por el que genera algún ingreso	Sí No Incapacitado Retirado
Ingreso	Entrada económica mensual en dólares	Menos de \$1,500 \$1,500.00 o más
Tiene fuente propia	Dentro de sus fuentes de ingreso se encuentran sueldo, pago del seguro social, y/o pensión de retiro o incapacidad.	Sí - No
Recibe ayuda económica	Como parte de su ingreso cuenta con ayuda económica de gobierno o familia	Sí - No
Tipo Seguro de Salud	Seguro de salud del participante	Público Privado Privado para envejecientes No tienen plan médico

La religiosidad fue medida mediante una escala compuesta por tres premisas iniciales. Las tres premisas evaluaban la participación en actividades religiosas, la búsqueda de apoyo espiritual, y participación en voluntariado. La puntuación mínima indicaba baja espiritualidad (0) y la puntuación máxima (12) mayor espiritualidad. Los resultados se dicotomizaron en las categorías de alta y baja espiritualidad. La Tabla 13 describe la variable religiosidad según planteada en el estudio.

**Tabla 13 - Descripción de la Escala de Religiosidad**

<i>RELIGIOSIDAD</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Participación en actividades espirituales	¿Participa de actividades religiosas o espirituales tales como alabar o congregarse en una iglesia, centro o salón espiritual?	Alta (9 - 12)
Mínimo: 0 Máximo:12	¿Buscó apoyo en algún líder o guía espiritual? (pastor, sacerdote, etc.)	Baja (0 - 8)
	¿Dedica tiempo a actividades de servicio voluntario?	

### ***Determinantes Sociales Sistémicos***

Los determinantes sociales sistémicos de interacción social incluyeron cuatro variables que fueron; las barreras para el cuidado y apoyo, los factores ansiógenos y las barreras de acceso de servicio. Las barreras fueron una serie de situaciones presentadas que podían afectar a las sobrevivientes para buscar ayuda u obtener los servicios que necesitaban. Las barreras para el cuidado y apoyo incluyen premisas sobre la vivienda, la información de servicios disponibles para sobrevivientes de cáncer, la información sobre el cuidado médico para el cáncer y el apoyo en labores de cuidado o higiene personal. Se incluyó dentro de los factores ansiógenos el acceso a tratamiento para el dolor, la ayuda con los costos de pruebas médicas y/o deducibles, las alternativas de segundas opiniones médicas, la transportación para asuntos médicos y las ayudas económicas de emergencia. Las barreras de acceso a servicio incluídas fueron; los vales para comida, los servicios legales, el servicio de ama de llaves y el servicio de acompañantes. Las categorías de las barreras se dividen en ausencia de barreras (0) o presencia de las mismas (1 a 16) (Tabla 14).

**Tabla 14 - Descripción de las Variables Consideradas como Determinantes Sistémicos de Interacción Social**

<i>DE INTERACCIÓN SOCIAL</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Barreras para el cuidado y apoyo  Mínimo: 0 Máximo: 16	Vivienda	
	Información de servicios disponibles para pacientes y sobrevivientes de cáncer	Sí (1 -16) Ninguna (0)
	Información sobre el cuidado médico para el cáncer.	
	Apoyo en labores de cuidado o higiene personal (bañarme, vestirme, etc.)	
Factores ansiógenos como barreras  Mínimo: 0 Máximo: 24	Tratamiento para el dolor	
	Ayuda con los costos de pruebas médicas y/o deducibles	Sí (1 -24) Ninguna (0)
	Alternativas de segundas opiniones médicas	
	Transportación para asuntos médicos	
Barreras de acceso a servicios  Mínimo: 0 Máximo: 16	Ayudas económicas de emergencia	
	Cupones de alimento o vales para comida	
	Servicios legales	Sí (1 -16) Ninguna (0)
	Servicio de ama de llaves	
	Servicio de acompañantes	

Los determinantes sistémicos institucionales evaluados fueron; el tipo de tratamiento, el transporte, la orientación sobre salud, la relación médico paciente, la comunicación médico paciente, las barreras financieras, la calidad de los servicios de salud y las barreras de información y de comunicación. Las opciones de tratamiento evaluadas fueron: la quimioterapia, la radioterapia, el tratamiento hormonal y la cirugía. Para cada tipo de tratamiento, se consideró si la sobreviviente estaba en el mismo actualmente, en el pasado o nunca. En cuanto a la transportación se hace referencia a que la participante tiene medio de transportación propio para llegar a recibir los servicios de salud. La orientación sobre salud incluía que la paciente

recibió después del diagnóstico, información sobre los siguientes temas; el control de peso, los ejercicios y la actividad física, el plan de alimentación, los efectos secundarios del tratamiento y el manejo de dolor (Tabla 15).

**Tabla 15 - Descripción de las Variables Consideradas como Determinantes Sistémicos Institucionales: Tratamiento, Transportación y Orientación Sobre Salud**

<i>INSTITUCIONALES</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Tratamiento	Quimioterapia, Radioterapia Tx Hormonal Cirugía parcial, Mastectomía	No Sí en el pasado Sí actualmente
Transportación	La participante tiene o no carro propio para llevar a cabo gestiones relacionadas a su salud.	Sí – No
Orientación sobre salud	Después del diagnóstico del cáncer, ¿algún profesional de la salud le ha orientado sobre....? • Control de peso, • Ejercicios y actividad física, • Plan de alimentación, • Efectos secundarios del tratamiento • Manejo de dolor	Adecuado (3 - 5) No Adecuado (0 - 2)
Mínimo: 0 Máximo: 5		

La relación médico paciente fue una escala que incluía evaluar la percepción de la sensibilidad por parte de los profesionales de la salud, trato de los profesionales, manejo de quejas y motivación a buscar segundas opiniones.

Al hablar de comunicación médico paciente se incluye la claridad en las explicaciones, el permitir tomar decisiones y el ofrecer todas las alternativas de tratamiento. En ambas escalas se dicotomizaron las variables en 0 como adecuado frente uno o más como no adecuado. (Tabla 16).

**Tabla 16 - Determinantes Sistémicos Institucionales: Relación Médico-Paciente y Comunicación Médico-Paciente**

<i>INSTITUCIONALES</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Relación médico – paciente  Mínimo: 0 Máximo: 20	La falta de sensibilidad por parte de los profesionales de la salud ante sus quejas por los efectos secundarios del cáncer.	
	He sido tratada como un caso más y no como una persona.	No adecuado (1 -20)
	Me han dicho que debo estar agradecida por estar viva cuando me quejo o insisto en solicitar servicios.	Adecuado (0)
	Me han desanimado en mi búsqueda de terapias alternas.	
	Me han desanimado cuando quiero buscar segundas opiniones.	
Comunicación médico – paciente  Mínimo: 0 Máximo: 12	El médico no explica ni contesta mis preguntas de forma clara (usa palabras difíciles).	No adecuado (1 - 12)
	El médico toma decisiones por mí.	Adecuado (0)
	El médico no me dijo todas las alternativas de tratamiento.	

La variable barreras financieras se refiere a la percepción de problemas por situaciones relacionadas al elemento económico financiero. Se incluyeron factores relacionados a problemas con el seguro de salud, los costos de deducibles y el papeleo o burocracia, que le ha afectado en el proceso de recibir los servicios que la participante necesita. Las barreras relacionadas a calidad de servicios incluyen los factores que tienen que ver con elementos que rodean la provisión de servicios de salud. Esta variable evalúa la localización de los servicios, las condiciones (planta física) en las que se están dando los servicios, la calidad del servicio, el trato (sensibilidad) de los médicos y profesionales y el tiempo de espera. Por último, la variable barreras de información y comunicación incluye desconocimiento sobre el plan de salud y la falta de información sobre servicios disponibles (Tabla 17). Estas tres variables se crearon mediante componentes principales. Las mismas, se

dicotomizaron donde 0 es ninguna de estas barreras afectó el obtener los servicios de salud frente puntuación de uno o más que significa que alguna barrera afectó el recibir el servicio.

**Tabla 17 - Descripción de las Variables Consideradas como Determinantes Sistémicos Institucionales: Barreras Financieras, de Información / Comunicación y Calidad de Servicios**

<i>INSTITUCIONALES</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
<p>Barreras financieras</p> <p>Mínimo: 0 Máximo: 16</p>	<p>Después del diagnóstico de cáncer</p> <p>¿Qué el plan médico no cubra alguna de las pruebas o de los servicios...</p> <p>¿La falta de médicos que acepten su plan...</p> <p>¿Los costos de los deducibles...</p> <p>¿La cantidad de papeleo o burocracia...</p> <p>¿ _____ le ha afectado para buscar ayuda u obtener los servicios que necesita?</p>	<p>Sí (1 -16) Ninguna (0)</p>
<p>Calidad del servicio</p> <p>Mínimo: 0 Máximo: 20</p>	<p>Después del diagnóstico de cáncer</p> <p>¿La localización de los servicios</p> <p>¿Las condiciones (planta física) en las que se están dando los servicios</p> <p>¿La calidad del servicio</p> <p>¿El trato (sensibilidad) de los médicos y profesionales al ofrecer los servicios</p> <p>¿El tiempo de espera en las facilidades médicas</p> <p>¿ _____ le ha afectado para buscar ayuda u obtener los servicios que necesita?</p>	<p>Sí (1 -20) Ninguno (0)</p>
<p>Barreras de Información/comunicación</p> <p>Mínimo: 0 Máximo: 12</p>	<p>Después del diagnóstico de cáncer</p> <p>¿El desconocimiento de cuál es su plan de cuidado de salud</p> <p>¿Los problemas con la transportación para las citas o compromisos de salud</p> <p>¿La falta de información de los servicios</p> <p>¿ _____ le ha afectado para buscar ayuda u obtener los servicios que</p>	<p>Sí (1 - 12) Ninguna (0)</p>



## ***INDEFENSIÓN APRENDIDA***

El nivel de indefensión aprendida fue medido mediante la utilización del cuestionario de estilo atribucional (Seligman et al, 1979) utilizando la escala de CPCN (compuesto positivo menos compuesto negativo. A menor puntuación del CPCN mayor indefensión en las mujeres.

Para determinar el por ciento de mujeres indefensas se utilizó la mediana para dicotomizar la variable. Esto significa que la indefensión aprendida se midió de dos maneras;

### 1. Mediante el nivel de indefensión (variable cuantitativa)

- Esto se obtuvo basado en la puntuación según calculada por la fórmula de Seligman y su equipo. Esta puntuación se obtiene restando el compuesto negativo al positivo (CPCN). El resultado va de – 18 a +18. El -18 representa la mayor indefensión. Por otro lado, los valores positivos indican menor nivel de indefensión, siendo el +18 como la no indefensión absoluta. Para este procedimiento se solicitó la autorización del doctor Martin Seligman, quien permitió su uso, enviando la clave para la corrección del instrumento (ANEXOS F).

### 2. Clasificación de las mujeres como indefensas al convertir el constructo en una variable dicótoma (indefensa / no indefensa).

- En esta muestra la mayoría de las mujeres tuvieron una puntuación positiva como se detalla en el capítulo de resultados. Por esta razón, se clasificó a una mujer como indefensa si puntuaba en la cuartila uno o menos.

### ***PRACTICAS DE AFRONTAMIENTO***

Una variable para medir afrontamiento fue el apoderamiento en la salud. Esta variable es una escala construida con dos premisas. La puntuación era un mínimo de cero con un máximo de ocho. La escala se dicotomizó (Tabla 18),

**Tabla 18 - Descripción de la Variables Apoderamiento en Salud**

<i>APODERAMIENTO EN SALUD</i>	<i>MÍNIMO MÁXIMO</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Cuando va a asuntos relacionados a su salud, ¿lleva <u>una lista de preguntas o asuntos</u> para consultarla con el médico/profesional de la salud?	0 - 8	Sí (6 - 8)
Cuando va a asuntos relacionados a su salud, ¿toma notas de la información que el profesional de la salud le da?		No (0 - 5)

La adherencia se define como el grado en el cual un paciente se apega a la dosis recomendada y al intervalo de ingestión del medicamento (Nogués Solán, Sorli Redó y Villar García, 2007). Este constructo se ha dividido en dos variables que son la adherencia no intencional (donde la persona involuntariamente olvida tomar sus medicamentos) y la adherencia intencional (cuando la persona decide dejar de tomar el medicamento o alguna de sus dosis). En ambas escalas se re-codificaron los reactivos, de tal manera que, a mayor puntuación mayor adherencia. En la Tabla 19 se detallan las categorías de estas escalas.

**Tesis**

**Tabla 19 - Descripción de las Variables Consideradas como Adherencia**

<i>ADHERENCIA</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
No intencional	¿Alguna vez se le ha olvidado tomar alguno de los medicamentos recetados?	Adherente (0 – 2)
		No adherente (3 – 4)
Intencional	Cuando le recetan un medicamento, ¿deja de tomárselos al sentir que se mejoran los síntomas de la enfermedad?	No adherente (0 - 7)
		Adherente (8)
	¿Ha decidido o preferido no tomar alguno de los medicamentos recetados relacionados al tratamiento de cáncer?	

El cumplimiento con el cuidado de salud se evaluó mediante cinco variables dicótomas. Las variables estudiadas fueron: si la participante visitó a su médico en los últimos doce meses, si se llevó a cabo una evaluación nutricional, si se ha hecho un examen de la vista, visita al dentista y si tiene un plan de seguimiento de su cuidado de salud. Las mujeres que indicaron cumplir con 4 o 5 de las visitas de salud se clasificaron como con cumplimiento (ver Tabla 20).

**Tabla 20 - Descripción de las Variables Consideradas como Cumplimiento con el Cuidado de Salud**

<i>CUMPLIMIENTO CON EL CUIDADO DE SALUD</i>	<i>MÍNIMO MÁXIMO</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
¿Visitó a su médico en los últimos doce meses? ¿Llevó a cabo una evaluación nutricional? ¿Se ha hecho un examen de la vista? ¿Visita al dentista en los últimos doce meses? ¿Tiene un plan de seguimiento de su cuidado de salud?	0 - 5	Si (4 y 5) No (3 o menos)

El cuestionario incluía 34 premisas relacionadas a acciones o prácticas de autocuidado. Mediante un análisis de componentes principales exploratorios se determinaron las dimensiones de autocuidado. 17 de estas premisas se agruparon en cinco constructos. Los constructos identificados fueron; estilos de vida, desarrollo

personal y social, descanso, ambiente, prácticas de alimentación (Comida Rápida y horario regular de comida), vida sexual.

La variable estilos de vida incluyo la práctica de ejercicio físico y de relajación así como la percepción de salud física y alimentación. Esta variable, también fue dicotomizada donde cero a once representa poco cuidado de estas áreas y doce a dieciséis representa un estilo de vida más saludable (Tabla 21). Estas premisas también se unieron en el análisis por componentes principales.

**Tabla 21 - Descripción de las Variables Consideradas como Prácticas de Autocuidado: Estilos de Vida**

<i>PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Estilos de Vida  Mínimo: 0 Máximo: 16	¿Hace ejercicios, camina, trota o práctica algún deporte por lo menos 30 minutos tres veces en semana?	
	¿Práctica algún ejercicio que lo ayude a relajarse? (Taichi, Yoga, Baile, Pilates...)	Sí (12 - 16) No (0 - 11)
	¿Cuida de su salud física?	
	¿Cuida de su alimentación o dieta?	

Desarrollo personal y social incluía factores como el que la persona participara de actividades educativas y que buscara compartir con su grupo de apoyo. También incluía, si realizaba acciones para verse atractiva, si comparte sus problemas con ayuda profesional y si dedica tiempo a actividades que le hacen sentir aprecio por sí misma. La misma, se dicotomizó donde cero a 17 es bajo puntaje en búsqueda de apoyo y recursos mientras que 18 a 24 representa alto sentido de búsqueda de apoyo y mejoría ante el entorno (Tabla 22).

**Tabla 22 - Descripción de las Variables Consideradas como Prácticas de Autocuidado: Desarrollo Personal y Social**

<i>PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Desarrollo Personal y Social	¿Toma cursos, talleres, seminarios con el propósito de ampliar conocimiento o desarrollarse profesionalmente?	
	¿Comparte con su familia y amigos en su tiempo libre?	
	¿Busca estar arreglada para verse atractiva?	Sí (18 - 24)
	¿Habla con alguien de sus problemas y preocupaciones? (amistades, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, pastor...)	No (0 - 17)
	¿Dedica tiempo a actividades que le hacen sentir aprecio por si misma?	
	¿Participa en actividades recreativas como leer, ir al teatro, al cine, pasear, entre otras?	
Mínimo: 0 Máximo: 24		

El constructo ambiente incluye cuatro premisas sobre estar en lugares cercanos a fumadores o en espacios con polvo y contaminantes ambientales así como exposición a cambios en temperatura y al sol. El término descanso hace referencia a que la persona tomara siesta o descansos durante el día. En esta variable si tiene la práctica de descanso, la categoría No significa que no dedica tiempo a descansar durante el día (implicando los números de 0 a 6). El tener como respuesta Sí implica haber sacado de 6 a 8 (Tabla 23).

**Tabla 23 - Descripción de las Variables Consideradas como Prácticas de Autocuidado: Ambiente y Descanso**

<i>PRÁCTICAS DE AUTOUIDADO</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Ambiente	¿Prohíbe que fumen en su presencia o se aleja de los fumadores?	
	¿Evita lugares con mucho polvo, humo o contaminación?	Sí (12 -16) No (0 - 11)
Mínimo: 0 Máximo: 16	¿Evita salir cuando hay mal tiempo (lluvia, cambios grandes de temperatura como calor o frío)?	
Descanso	¿Evita exponerse al sol por periodos prolongados de tiempo?	
	¿Incluye espacio para descanso durante su rutina de labores diarias?	Sí (6 - 8) No (0 - 5)
Mínimo: 0 Máximo: 8	¿hace siesta durante el día, por lo menos de 15 a 30 minutos?	

Las prácticas de alimentación se estudiaron según la división por componentes principales. Estas dos premisas relacionadas se organizaron solas como variables diferentes. Una fue consumo de comidas rápidas y la otra, los horarios de las comidas durante el día. Vida sexual también se ubicó separada de las demás premisas. Estas tres variables, fueron dicotomizadas donde cero a uno se refería a prácticas adecuadas mientras que dos a cuatro no lo eran (Tabla 24).

**Tabla 24 - Descripción de las Variables Consideradas como Prácticas de Autocuidado: Comida Rápida, Horario Regular de Comida y Vida Sexual**

<i>PRÁCTICAS DE AUTOUIDADO</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Horario Regular de comidas	¿Mantiene un horario regular de comida?	Práctica adecuada (3 - 4)
Mínimo: 0 Máximo: 4		Práctica no adecuada (0 - 2)

**Tesis**

<i>PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
Comida Rápida	¿Consume comidas rápidas? (Fast-foods)	practica no adecuada (0 - 1)
Mínimo: 0 Máximo: 4		Práctica no adecuada (2 - 4)
Vida sexual	¿Buscó alternativas para mejorar su vida sexual?	Practica adecuada (3 - 4)
Mínimo: 0 Máximo: 4		Practica inadecuada (0 - 2)

La escala total de prácticas de autocuidado es la sumatoria de las preguntas incluidas en las dimensiones anteriores. Los valores pueden fluctuar entre de 0 y 70 donde a mayor valor, mayor nivel de autocuidado. Las personas con puntuaciones de 54 o menos se consideraron como de pobres prácticas de autocuidado y las mayores de 54 se identificaron como con mejores prácticas.

### **Análisis estadístico**

Los métodos estadísticos utilizados para lograr los objetivos de investigación comprenden el uso de técnicas descriptivas, análisis bivariado y análisis multivariado. El análisis descriptivo consistió en el uso de distribuciones de frecuencia para presentar las variables categóricas, así como el cálculo de estadísticas descriptivas para resumir las variables continuas. Entre las estadísticas descriptivas utilizadas se encuentran medidas de tendencia central, medidas de posición y dispersión.

La asociación entre indefensión aprendida y los determinantes sociales se evaluó mediante técnicas de comparación de grupos como pruebas t y ANOVA. La prueba t de Student se utilizó para determinar la diferencia en el promedio de las

puntuaciones cuando la variable analizada tenía dos categorías. La prueba de ANOVA compara la media de las categorías de las variables cuando estas son tres o más.

También se calculó la medida de asociación de riesgo relativo estimado (OR, por sus siglas en inglés) con la correspondiente prueba estadística de ji cuadrado para evaluar la hipótesis de asociación o independencia de eventos.

La asociación entre las prácticas de afrontamiento con indefensión aprendida fue evaluada utilizando pruebas t, medidas de asociación y la prueba de ji cuadrado. Las acciones de afrontamiento que tuvieron una asociación significativa con indefensión aprendida, fueron seleccionadas para ser evaluadas en un modelo de regresión logística. El primer paso para la construcción del modelo de regresión logística multivariado, fue evaluar el nivel de IA así como los determinantes sociales analizados en este estudio, mediante un modelo univariado. Los determinantes que demostraron explicar a un nivel significativo asociación a las prácticas de afrontamiento en el modelo univariado fueron considerados para incorporarse al modelo multivariado. Aquellos determinantes sociales que se asociaban de forma significativa o marginalmente significativa, con ambos constructos (IA y prácticas de afrontamiento) se incorporaron en el modelo inicial de regresión logística. Se construyó un modelo multivariado para explicar la relación entre indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento ajustando por los determinantes seleccionados (Tabla 25).

El modelo inicial de regresión logística se describe con la siguiente ecuación

$$\text{Log}\left[\frac{Y}{(1-Y)}\right] = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_n X_n$$

- $\text{Log} [y/(1-Y)]$  = probabilidad de la ocurrencia del evento dado que puede no ocurrir.



**Tesis**

- $\beta_0$  = Constante
- $\beta_1$  = Coeficiente asociado a la variable dependiente (IA)
- $\beta_n$  = Coeficiente asociado a las variables explicativas (Determinantes sociales)
- $\beta_0$  = Constante
- $X$  = Valor de la puntuación de la indefensión aprendida
- $X_n$  = Valores correspondiente a las distintas variables explicativas.

Luego utilizando la técnica “Backward Stepwise (Likelihood ratio)”, que evalúa varios modelos removiendo combinaciones de variables, se obtuvo el modelo de regresión final. Este modelo final incluía la indefensión aprendida y las variables importantes para explicar las prácticas de afrontamiento. El modelo final permite calcular el riesgo relativo de cada una de las variables ajustando por todas las demás.

**Tabla 25 - Métodos Estadísticos Utilizados en Relación a las Preguntas, las Hipótesis y los Objetivos de Investigación**

<b>PREGUNTA</b>	¿Cuál es el nivel de indefensión aprendida (IA) en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama (MSC)?										
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Determinar el nivel de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</th><th>MÉTODO ESTADÍSTICO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.a Calcular el nivel de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción escala CPCN</li> <li>• Estadística descriptiva</li> </ul> </td></tr> <tr> <td>1.b Estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama indefensas</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución de Frecuencias</li> </ul> </td></tr> </tbody> </table>		OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉTODO ESTADÍSTICO	1.a Calcular el nivel de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción escala CPCN</li> <li>• Estadística descriptiva</li> </ul>	1.b Estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama indefensas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución de Frecuencias</li> </ul>				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉTODO ESTADÍSTICO										
1.a Calcular el nivel de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción escala CPCN</li> <li>• Estadística descriptiva</li> </ul>										
1.b Estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama indefensas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución de Frecuencias</li> </ul>										
<b>PREGUNTA</b>	¿Cuáles son los determinantes sociales que afectan el nivel de indefensión aprendida (IA) en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama (MSC)?										
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Describir los determinantes sociales relacionados a la indefensión aprendida en mujeres Sobrevivientes de cáncer de mama.										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</th><th>MÉTODO ESTADÍSTICO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.a Describir los determinantes psicosociales personales en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas descriptivas</li> <li>• Distribución de frecuencias</li> </ul> </td></tr> <tr> <td>2.b Describir los determinantes sociales sistémicos en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas descriptivas</li> <li>• Distribución de frecuencias</li> </ul> </td></tr> <tr> <td>2.c Estimar la asociación entre los determinantes sociales y la indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel (CPCN) - pruebas t y ANOVA</li> <li>• Proporción de indefensas - Ji-cuadrado y Medida de Asociación (OR)</li> </ul> </td></tr> </tbody> </table>		OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉTODO ESTADÍSTICO	2.a Describir los determinantes psicosociales personales en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas descriptivas</li> <li>• Distribución de frecuencias</li> </ul>	2.b Describir los determinantes sociales sistémicos en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas descriptivas</li> <li>• Distribución de frecuencias</li> </ul>	2.c Estimar la asociación entre los determinantes sociales y la indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel (CPCN) - pruebas t y ANOVA</li> <li>• Proporción de indefensas - Ji-cuadrado y Medida de Asociación (OR)</li> </ul>		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉTODO ESTADÍSTICO										
2.a Describir los determinantes psicosociales personales en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas descriptivas</li> <li>• Distribución de frecuencias</li> </ul>										
2.b Describir los determinantes sociales sistémicos en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas descriptivas</li> <li>• Distribución de frecuencias</li> </ul>										
2.c Estimar la asociación entre los determinantes sociales y la indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel (CPCN) - pruebas t y ANOVA</li> <li>• Proporción de indefensas - Ji-cuadrado y Medida de Asociación (OR)</li> </ul>										
<b>HIPOTESIS</b>	<b>Los determinantes sociales sistémicos aumentaran el nivel de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.</b>										
<b>PREGUNTA</b>	¿Existe asociación entre la indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento para el cuidado de salud en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama?										
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Determinar la relación de la indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</th><th>MÉTODO ESTADÍSTICO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3a. Describir las acciones de afrontamiento de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en relación a apoderamiento, adherencia, autocuidado y cumplimiento con el cuidado general de salud.</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas descriptivas</li> <li>• Construcción escalas de acciones de afrontamiento                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Componentes Principales</li> </ul> </li> </ul> </td></tr> <tr> <td>3b. Estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama con acciones adecuadas de afrontamiento.</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución de frecuencias</li> </ul> </td></tr> <tr> <td>3c. Estimar la asociación entre la indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento.</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel acciones de afrontamiento - pruebas t</li> <li>• Proporción de indefensión y proporción afrontamiento adecuado - Chi-cuadrado y Medida de Asociación (OR)</li> </ul> </td></tr> <tr> <td>3d. Estimar la asociación entre IA y autocuidado en MSC ajustando por determinantes sociales, factores clínicos y apoderamiento.</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regresión Logística</li> </ul> </td></tr> </tbody> </table>		OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉTODO ESTADÍSTICO	3a. Describir las acciones de afrontamiento de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en relación a apoderamiento, adherencia, autocuidado y cumplimiento con el cuidado general de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas descriptivas</li> <li>• Construcción escalas de acciones de afrontamiento                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Componentes Principales</li> </ul> </li> </ul>	3b. Estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama con acciones adecuadas de afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución de frecuencias</li> </ul>	3c. Estimar la asociación entre la indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel acciones de afrontamiento - pruebas t</li> <li>• Proporción de indefensión y proporción afrontamiento adecuado - Chi-cuadrado y Medida de Asociación (OR)</li> </ul>	3d. Estimar la asociación entre IA y autocuidado en MSC ajustando por determinantes sociales, factores clínicos y apoderamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regresión Logística</li> </ul>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉTODO ESTADÍSTICO										
3a. Describir las acciones de afrontamiento de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en relación a apoderamiento, adherencia, autocuidado y cumplimiento con el cuidado general de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas descriptivas</li> <li>• Construcción escalas de acciones de afrontamiento                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Componentes Principales</li> </ul> </li> </ul>										
3b. Estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama con acciones adecuadas de afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución de frecuencias</li> </ul>										
3c. Estimar la asociación entre la indefensión aprendida y las acciones de afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel acciones de afrontamiento - pruebas t</li> <li>• Proporción de indefensión y proporción afrontamiento adecuado - Chi-cuadrado y Medida de Asociación (OR)</li> </ul>										
3d. Estimar la asociación entre IA y autocuidado en MSC ajustando por determinantes sociales, factores clínicos y apoderamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regresión Logística</li> </ul>										
<b>HIPOTESIS</b>	<b>Las mujeres menos indefensas indicarán tener mejores acciones de afrontamiento hacia el cuidado de salud particularmente aquellas relacionadas con autocuidado.</b>										

## **CAPÍTULO IV - RESULTADOS**

## Determinantes Sociales

La muestra del estudio constó de 250 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama que al momento del estudio vivían en Puerto Rico. Las edades de las participantes fluctuaron entre 30 y 85 años. La media de edad fue de 57.6 años con una desviación estándar de 10.4. Las mujeres menores de 50 años representaron el 21.3% de la muestra, el grupo de 50 – 64 años, un 53.4% de los participantes y el 25.3% de la muestra fue de 65 años o más (Tabla 27). En cuanto a la edad en el momento del diagnóstico las más jóvenes fueron diagnosticadas a sus 21 años, siendo las de mayor edad diagnosticadas de 80 años de edad. La media de edad al momento de diagnóstico para las participantes del estudio fue de 50.7 años con una desviación estándar de 10.7 (Tabla 26). Según los datos obtenidos el tiempo máximo de sobrevivencia de las participantes fue 38 años mientras que el mínimo fueron participantes de recién diagnóstico. Una tercera parte de las mujeres tiene un tiempo de sobrevivencia de 3 a 7 años, similar a las mujeres que tienen dos años o menos desde el momento de su diagnóstico. La mayoría de las mujeres de este estudio (36.9%) han sobrevivido ocho años o más después de su diagnóstico. (Tabla 27).

**Tabla 26 - Estadísticas Descriptivas de Edad Actual, Edad al Momento de Diagnóstico y Tiempo de Supervivencia**

<i>Determinante</i>	<i>n</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Q1</i>	<i>Mediana</i>	<i>Q<sub>3</sub></i>
Edad actual	249	30	85	57.6	10.4	51	50	64
Edad al momento del diagnóstico	250	21	80	50.7	10.7	44	51	57
Tiempo de sobrevivencia	249	0	38	6.9	6.5	2	5	10

El 92% de las mujeres nacieron en Puerto Rico, mientras que un 6.4% nacieron en Estados Unidos de América. El resto de las participantes nacieron en Sur

o Centro América. El estudio contó con participantes de 41 de los 78 municipios de la isla de Puerto Rico (ANEXO G). La distribución de los participantes por zona de residencia se llevó a cabo mediante la organización de la muestra en tres grupos establecidos por el Censo de Puerto Rico del 2000 y su revisión del 2003. Según esta división, la muestra se clasificó con un 47.2% viviendo en ciudades, un 34% viviendo en municipios aledaños y el 19% en la zona no metropolitana o ruralia (Tabla 27). Sobre el estado civil de las participantes, un 55% se describieron como casadas o con pareja. El 20.4% de las participantes mencionó que vivían solas. Al describir el grado académico más alto alcanzado, el 60% de las mujeres mencionó que tienen más de cuarto año (Tabla 27).

**Tabla 27 - Distribución de Frecuencias de los Determinantes Sociales Demográficos.**

<i>DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Edad Actual		
Menor de 50	53	21.3
50 a 64	133	53.4
65 o más	63	25.3
Edad al momento del Dx		
Menor de 40	38	15.2
40 a 59	164	65.6
60 o más	48	19.2
Tiempo de sobrevivencia (desde el momento de su dx)		
2 años o menos	74	29.7
3 a 7 años	83	33.3
8 años o más	92	36.9
Zona de Residencia		
Zona no metropolitana	47	19
Municipio aledaño	84	33.9
Ciudad	117	47.2
Escolaridad		
4° año o Menos	97	39.3
Más de cuarto año	150	60.7
Estado Civil		
No casada	112	45
Casada o con pareja	137	55
Vive Sola	51	20.4

En la escala de religiosidad la puntuación mínima obtenida fue 0 con una máxima de 12 y una media de siete puntos. Se consideró que una mujer tenía características de religiosidad si puntuaba 9 o más luego de sumar las tres premisas que constituían la escala. Un 35% del grupo presentó características de religiosidad (Tabla 28).

**Tabla 28 - Distribución de Frecuencias en Religiosidad**

<i>RELIGIOSIDAD</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Alta	86	35
Baja	160	65
<b>Estadística Descriptiva</b>		
N	246	
Min / max	0 - 12	
Media (DE)	7 (3.5)	
Q1 – Q2 – Q3	4 – 8 – 10	

### **Determinantes Económicos**

El promedio de ingreso económico de las participantes fue de \$1,905.00 mensuales, fluctuando entre las que no tenían ningún tipo de ingreso y el máximo de \$12,000.00 al mes (Tabla 29). El ingreso mensual se dividió en dos grupos de análisis basado en la mediana de \$1,500.00 mensuales.

**Tabla 29 – Distribución de Frecuencias y Estadísticas Descriptivas de Ingreso Mensual**

<i>DETERMINANTES ECONÓMICOS</i>					<i>n</i>	<i>*%</i>
Ingreso Mensual (n = 245)						
Menos de \$1,500.00					120	49
\$1,500.00 o más					125	51
Mín	Máx	Media	DE	Q1	Mediana	Q3
0	12,000	1,905	1,681	800	1,500	2,500

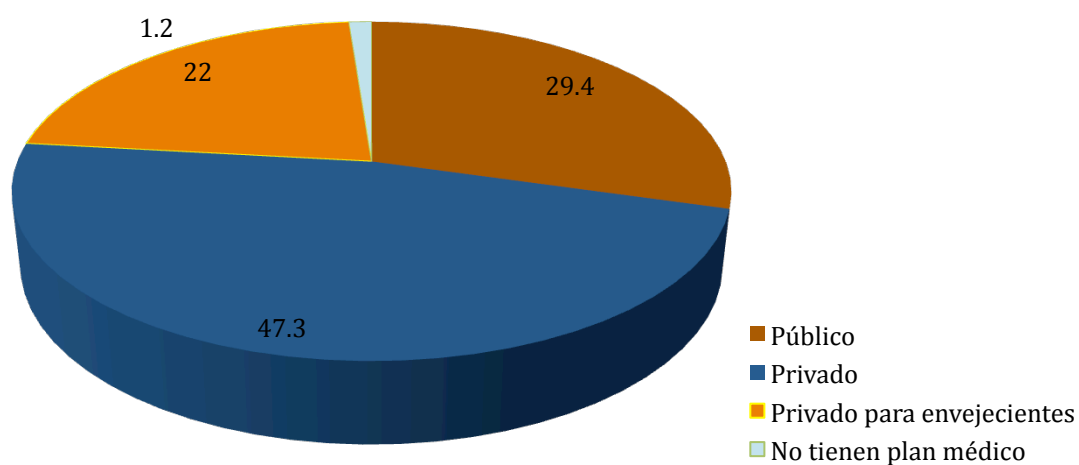
Un 40.3% de las participantes no trabajaban por paga, el 30.9% recibían sueldo por su trabajo y el 28.8% eran retiradas o incapacitadas. El 64.8% de las mujeres mencionaron tener fuente propia de ingreso. Un 60.8% dependen de ayudas económicas (Tabla 30).

**Tabla 30 - Distribución de Frecuencias de los Determinantes Sociales Económicos**

<i>DETERMINANTES ECONÓMICOS</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Trabaja por paga (n=243)*		
Si	75	30.9
No	98	40.3
Incapacitado	30	12.3
Retirado	40	16.5
Tiene fuente propia		
Si	162	64.8
No	88	35.2
Recibe ayuda económica		
Si	152	60.8
No	98	39.2

\*Los % son de los que contestaron las preguntas

Al preguntarles sobre su seguro de salud un 69.3% de las mujeres tienen seguro médico privado, incluyendo los especializados en personas de edad mayor. Un 29.4% tenían seguro de salud público (Figura 8).



**Figura 8 - Distribución de frecuencia del tipo de seguro de salud**

### Determinantes Sistémicos

Una de las variables analizadas fue las barreras para el cuidado y apoyo. Entre los determinantes sistémicos que pueden afectar a los sobrevivientes para obtener los servicio que necesitaban, las barreras de cuidado y apoyo afectaron a 154 sobrevivientes (63.1%). Los factores ansiógenos afectaron a 195 mujeres (80.6%) siendo el determinante sistémico de interacción social más frecuente. y 118 (52.9%) por barreras de acceso a servicios (Tabla 31).

**Tabla 31 - Distribución de Frecuencias y Estadísticas Descriptivas de los Determinantes Sistémicos Personales**

<i>Determinante Sistémico - Personales</i>	<i>n</i>	<i>Si (%)</i>	<i>Max</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>
Barreras de cuidado y apoyo	244	154 (63.1%)	16	3.25 (3.72)	0	2	5
Factores ansiógenos	242	195 (80.6%)	24	6.49 (5.6)	2	5	10.25
Barreras de acceso a servicio	223	118 (52.9%)	12	2.06 (2.91)	0	1	4

El 20% de las participantes describió encontrarse recibiendo tratamiento para el cáncer al momento de la entrevista. Del total de la muestra, el 16.2% estaba en tratamiento de quimioterapia al momento del estudio mientras que un 59% lo recibió en el pasado. Un 8.1% estaba recibiendo tratamiento de radioterapia al momento de la entrevista, mientras que un 59.5% lo recibió en el pasado. Diez mujeres (4.5%) recibían quimioterapia y radioterapia al momento de la entrevista. Al referirse a tratamiento hormonal el 18.1% recibía tratamiento al momento de la entrevista mientras que el 14% lo recibió en el pasado (Tabla 32).



**Tabla 32 - Descripción de Frecuencia de los Tipos de Tratamiento**

<i>Tratamiento</i>	<i>NO tx (%)</i>	<i>Pasado (%)</i>	<i>Actualmente (%)</i>
Quimioterapia	55 (24.1)	136 (59.6)	37 (16.2)
Radioterapia	72 (32.4)	132 (59.5)	18 (8.1)
Tx Hormonal	146 (67.9)	30 (14)	39 (18.1)
Cirugía parcial	101 (50.8)	98 (49.2)	---
Mastectomía	102 (49.5)	104 (50.5)	---

El 66.8% (167) de la muestra mencionó que utilizan transporte propio para llevar a cabo sus asuntos de salud. En cuanto a la relación médico-paciente 161 participantes reportaron que su relación no era efectiva. Del total de la muestra, 150 mujeres (61.5%) sugirieron tener problemas de comunicación o recibir poca información por parte de su médico. En cuanto a la orientación sobre distintas áreas de la salud 136 participantes (61%) documentaron haber recibido alguna orientación de salud. Los aspectos financieros también fueron descritos como barreras por las participantes. Un total de 184 sobrevivientes (75.4%) documentaron verse afectadas por las finanzas. La calidad de los servicios también fue un factor descrito como barrera para un total de 180 participantes (75.6%). El 64% de la muestra (157) describió el acceso a los servicios o la falta de información sobre los planes y los servicios disponibles como barreras existentes (Tabla 33).

**Tabla 33 - Distribución de Frecuencias y Estadísticas Descriptivas de los Determinantes Sistémicos Institucionales**

<i>Determinante Sistémico - Institucionales</i>	<i>n</i>	<i>Si (%)</i>	<i>MAX</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>
Usa transporte propio para asuntos de su salud	250	167 (66.8)	---	----	---	---	---
Inadecuada relación médico paciente	245	161 (65.7)	20	4.21 (4.6)	0	3	8
Inadecuada comunicación médico paciente	244	150 (61.5)	10	2.30 (2.54)	0	2	4
Orientación sobre salud	223	136 (61)	5	3 (1.7)	1	3	4
Barreras financieras	244	184 (75.4)	16	5.46 (4.6)	1	5	8
Calidad de Servicios	238	180 (75.6)	20	4.77 (4.40)	1	4	7
Barreras de Información / comunicación	243	157 (64.6)	12	2.69 (2.91)	0	2	4

## Indefensión Aprendida

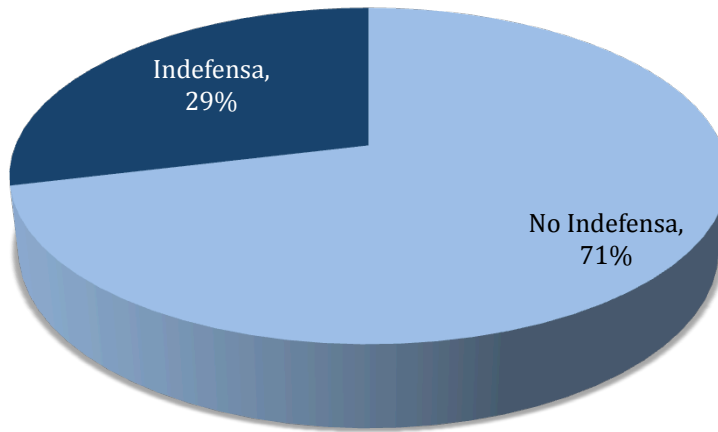
El nivel de indefensión aprendida fue medido mediante la aplicación del Cuestionario de Estilo Atribucional adaptado a la población puertorriqueña. La escala de CPCN (Compuesto Positivo menos Compuesto Negativo) refleja que la media de nivel de indefensión en las mujeres fue de 5.6 obteniéndose un mínimo de -6.5 y un máximo de 13 (Tabla 34). Otros datos del cuestionario reflejan que la media en el compuesto positivo (optimismo) fue de 16.7 mientras que la media para el Compuesto Negativo (depresión) fue de 11.1.

**Tabla 34 - Descripción del Nivel de Indefensión Aprendida y de las Escalas que Componen el ASQ**

<i>DIMENSIÓN</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Q1</i>	<i>Mediana</i>	<i>Q3</i>
– CPCN – CARACTERÍSTICAS DE INDEFENSIÓN APRENDIDA	-6.5	13	5.6	3.3	3.7	5.8	7.8
Compuesto Negativo – Depresión —(CoNeg)	3	17.83	11.1	2.73	9.2	11.2	12.8
Compuesto Positivo – Optimismo – (CoPos)	3.5	21	16.7	2.5	15.3	17	18.0
IN	1	7	3.8	1.2	3	3.8	4.7
SN	1	7	3.8	1.2	3	3.8	4.5
GN	1	6.7	3.5	1.3	2.7	3.5	4.4
IP	1.5	7	5.5	1.1	5	5.7	6
SP	1	7	5.8	1	5.2	6	6.5
GP	1	7	5.4	1.1	4.8	5.5	6.2
Desesperanza	1	6.1	3.6	1.1	3	3.7	4.3
Esperanza	1	7	5.6	0.9	5	5.7	6.3

Siguiendo la distribución de los datos, se determinó que las mujeres indefensas serían las de puntuaciones menores de 4 en la escala de CPCN (indefensión). Este valor se decidió según las mujeres que tuvieron una puntuación menor que el valor del

cuartil uno. La figura 9 reseña a un 29% de las mujeres en la categoría de indefensas (Figura 9).



**Figure 9 - Por ciento de indefensión en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama**

#### ***Relación entre los determinantes sociales y la indefensión aprendida***

Las pruebas t de Student y ANOVA se utilizaron para estimar la asociación entre los determinantes sociales y los niveles de indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Los grupos con puntuaciones promedio mayores en la escala de IA implican menor indefensión.

Los datos sostienen que existe un efecto significativo de la edad en los niveles de IA, con un valor de F (3.18) para una significación estadística menor de .05. Las mujeres que al momento de la entrevista tenía menos de 50 años obtuvieron puntuaciones más altas en el CPCN ( $\bar{x} = 6.15$ ) que las mujeres entre 50 y 64 años ( $\bar{x} = 5.66$ ) y las mujeres de 65 o más ( $\bar{x} = 4.72$ ). A mayor edad, mayor nivel de indefensión aprendida (Tabla 35).

Acorde con los hallazgos anteriores las mujeres diagnosticadas más jóvenes tienen un nivel menor de indefensión. Esto es más notable en las mujeres que se diagnosticaron siendo menores 40 años. Las mujeres diagnosticadas antes de los 40 años obtuvieron una puntuación promedio más alta en el CPCN ( $\bar{x} = 7.01$ ) que las mujeres entre 40 y 50 años ( $\bar{x} = 5.44$ ) y las mujeres 60 años o más ( $\bar{x} = 5.02$ ). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p = .013$ ) (Tabla 35).

**Tabla 35 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sociales Demográficos.**

<i>DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SUS CATEGORÍAS</i>		<i>PUNTUACIÓN PROMEDIO DE NIVEL DE INDEFENSIÓN (ES)</i>	<i>ANOVA F (GL)</i>	<i>VALOR P</i>
Edad Actual				
	Menor de 50	6.15 (.45)	3.18 (2,246)	<b>.043</b>
	50 a 64	5.66 (.27)		
	65 o más	4.72 (.43)		
Edad al momento del Dx				
	Menor de 40	7.01 (.57)	4.45 (2,247)	<b>.013</b>
	40 a 59	5.44 (.25)		
	60 o más	5.02 (.49)		
Tiempo de sobrevivencia (desde el momento de su dx)				
	2 años o menos	5.38 (.38)	.317 (2,246)	.729
	3 a 7 años	5.53 (.36)		
	8 años o más	7.78 (.34)		
Lugar de Residencia (Según divisiones del Censo 2000 / 2003)				
	Zona no metropolitana	5.46 (.49)	.687 (2,245)	.504
	Municipio aledaño	5.37 (.37)		
	Ciudad	5.89 (.29)		

La escolaridad también se presentó como determinante social, con efecto significativo sobre la indefensión aprendida con un valor de  $t = -2.19$  y un valor de  $p = .015$ . Las mujeres con una educación de cuarto año o menos de escuela superior tienen mayor indefensión. Las mujeres con cuarto año o menos obtuvieron una puntuación promedio más baja en el CPCN ( $\bar{x} = 5.06$ ) que las mujeres que contaban con mayores estudios ( $\bar{x} = 5.98$ ). Este resultado fue estadísticamente significativo.

Los factores como el estado civil y el vivir sola no presentaron significación estadística. Sin embargo, se observa un patrón que sugiere que mujeres viviendo solas eran más indefensas que las que vivían acompañadas con un valor de  $t = 1.03$  y un valor de  $p = .153$  (Tabla 36).

El nivel de indefensión con una estadística de prueba de  $-1.19$  y significación estadística mayor de  $.05$  no vario según la religiosidad de las mujeres. Sin embargo, se observa una tendencia a mayor nivel de indefensión aprendida, en las personas no religiosas (Tabla 36).

**Tabla 36 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sociales Demográficos**

<i>DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>PUNTUACIÓN PROMEDIO DE INDEFENSIÓN (DE)</i>	<i>t DE STUDENT t (GL)</i>	<i>VALOR P</i>
Vive Sola			
Si	5.19 (.45)	1.03 (248)	.153
No	5.72 (.24)		
Estado Civil			
No casada	5.49 (.31)	-.493 (247)	.311
Casada o con pareja	5.70 (.29)		
Escolaridad			
4° año o menos	5.06 (.36)	-2.19 (245)	<b>.015</b>
Más de cuarto año	5.98 (.25)		
Religiosidad			
Si	6.00 (.36)	-1.19 (244)	.118
No	5.48 (.26)		

Los tres determinantes económicos que se identificaron como factores con efecto significativo sobre el nivel de indefensión aprendida en las sobrevivientes fueron el ingreso mensual, tener fuente de ingreso propia y recibir ayuda económica. En cuanto al ingreso mensual, se observó que las mujeres con un ingreso menor de \$1,500.00 expresaron una mayor indefensión con valores bajos en el CPCN promedio = 5.1 comparado con las mujeres de mayor ingreso (promedio = 6.07). El valor de la

prueba estadística fue  $t = -2.32$  y el nivel de significación fue menor de .05. Las personas que no tienen fuente propia de ingreso, tienen un nivel mayor de indefensión con un valor  $t$  de  $-1.87$  y una significación estadística menor de .05. De igual forma, las personas que dependen de ayudas económicas externas son más indefensas que las que no reciben ayudas económicas con una significación estadística menor de .05 y una estadística de prueba de 3. Los determinantes económicos trabaja por paga y el tipo de seguro médico no fueron significativos en cuanto a su relación con nivel de indefensión obteniendo un valor  $p$  mayor de .05 con un valor de  $f$  de 1.07 y 2.15, respectivamente (Tabla 37). Sin embargo, los datos sugieren que las mujeres con un seguro de salud privado tienen menor nivel de indefensión aprendida que aquellas con un seguro de salud público o privado para envejecientes.

**Tabla 37 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sociales Económicos**

<i>DETERMINANTES ECONÓMICOS Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>PUNTUACIÓN DE INDEFENSIÓN (DE)</i>	<i>t DE STUDENT t (GL)</i>	<i>VALOR P</i>
Ingreso Mensual			
Menos de \$1,500.00	5.10 (.31)	-2.32 (243)	<b>.011</b>
\$1,500.00 o más	6.07 (.28)		
Tiene fuente propia			
Si	5.9 (.27)	-1.87 (248)	<b>.031</b>
No	5.08 (.32)		
Recibe ayuda económica			
Si	5.28 (.27)	2.00 (248)	<b>.024</b>
No	6.13 (.33)		
		ANOVA F (GL)	
Trabaja por paga			
Si	5.91 (.36)	1.07 (3,239)	.362
No	5.18 (.35)		
Incapacitado	5.43 (.63)		
Retirado	6.10 (.47)		
Tipo de seguro de Salud			
Público	5.25 (.36)	2.15 (2,239)	.118
Privado	6.07 (.29)		
Privado - envejecientes	5.13 (.52)		

En los determinantes sistémicos de interacción social, las barreras para el cuidado y apoyo, así como los factores ansiógenos resultaron con efecto significativo sobre el nivel de indefensión aprendida en las sobrevivientes. En el caso de las barreras para el cuidado y apoyo, las personas con alguna barrera presentan mayor nivel de indefensión aprendida con un valor de  $t$  de 3.89 y nivel de significación menor de .001. Las mujeres con algún factor ansiógeno presentaron mayor nivel de indefensión aprendida con un valor  $t$  de 2.33 y nivel de significación menor .01. Las participantes que identificaron tener alguna barrera de acceso a servicios, resultaron en valores marginalmente significativos con un valor  $p$  de .10 y estadística de prueba  $t$  de 1.37 (Tabla 38).

**Tabla 38 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sistémicos Personales**

<i>DETERMINANTE SISTÉMICO – PERSONALES Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>MEDIA DE LA PUNTUACIÓN DE INDEFENSIÓN (EE)</i>	<i>t DE STUDENT t (GL)</i>	<i>VALOR P</i>
Barreras para el cuidado y apoyo (n=244)			
Si	5.04 (.27)	3.89 (242)	<.001
Ninguna	6.69 (.31)		
Factores ansiógenos			
Si	5.41 (.25)	2.33 (240)	.010
Ninguno	6.64 (.46)		
Barreras de acceso a servicio			
Si	5.38 (.33)	1.37 (231)	.086
Ninguna	5.98 (.28)		

Las variables tratamientos con quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal, lo mismo que las variables cirugías parciales y mastectomías radicales, (véase Tabla 39), no fueron factores determinantes para el nivel de indefensión aprendida.

Tesis

**Tabla 39 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Tipos de Tratamiento**

<i>TRATAMIENTO Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>PUNTUACIÓN DE INDEFENSIÓN (DE)</i>	<i>ANOVA F (GL)</i>	<i>VALOR P</i>
Quimioterapia			
No	5.95 (.43)	.444 (2,225)	0.642
Si, en el pasado	5.69 (.29)		
Si, actualmente	5.28 (.53)		
Radioterapia			
No	5.41 (.40)	.356 (2,219)	0.701
Si, en el pasado	5.83 (.30)		
Si, actualmente	5.64 (.60)		
Tx Hormonal			
No	5.63 (.27)	.814 (2,212)	0.444
Si, en el pasado	6.48 (.56)		
Si, actualmente	5.82 (.60)		
TRATAMIENTO Y SUS CATEGORÍAS	PUNTUACIÓN DE INDEFENSIÓN (DE)	t DE STUDENT t (GL)	VALOR P
Cirugía parcial			
No	5.35 (.34)	-1.13 (197)	0.13
Si	5.88 (.33)		
Mastectomía			
No	5.80 (.32)	.506 (204)	0.307
Si	5.56 (.35)		

Entre los determinantes sistémicos institucionales, los factores relacionados a la comunicación, la orientación y la educación resultaron con efecto significativo sobre el nivel de indefensión. La comunicación adecuada médico-paciente con un valor de t de 2.65 y significación estadística menor de .01 se relacionó con menor indefensión en las sobrevivientes. El recibir orientación sobre la salud se relacionó a menor indefensión, con un valor t de -2.30 y significación estadística de .022. Las barreras de información y comunicación en las sobrevivientes un presentaron valor t de 3.96 y significación estadística menor de .001, esto implica que el no tener barreras de información se relaciona con menor nivel de indefensión. (Tabla 40)



**Tabla 40 - Nivel de Indefensión Aprendida Según los Determinantes Sistémicos Institucionales**

<i>DETERMINANTE SISTÉMICO – INSTITUCIONALES Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>MEDIA DE LA PUNTUACIÓN DE INDEFENSIÓN (EE)</i>	<i>t DE STUDENT t (GL)</i>	<i>VALOR P</i>
Transportación (Usa transporte propio para asuntos de su salud)			
Si	5.69 (.25)	-.533 (248)	.297
No	5.45 (.38)		
Relación médico paciente			
Adecuada	5.75 (.35)	.456 (243)	.325
No adecuada	5.55 (.26)		
Comunicación médico paciente			
Adecuada	6.28 (.32)	2.654 (242)	<b>.004</b>
No adecuada	5.14 (.27)		
Orientación de salud			
Adecuada	6.11 (.27)	-2.30 (221)	<b>.022</b>
No adecuada	5.09 (.36)		
Barreras financieras			
Sí	5.52 (.24)	1.242 (242)	.108
Ninguna	6.13 (.40)		
Calidad de Servicios			
Si	5.51 (.25)	1.51 (236)	.067
Ninguna	6.24 (.39)		
Barreras de Información / comunicación			
Si	5.04 (.26)	3.96 (241)	<b>&lt;.001</b>
Ninguna	6.72 (.32)		

### Asociación entre determinantes sociales e indefensión aprendida

La escala de indefensión aprendida utilizada en este estudio no establece un punto de corte. En la mayoría de los estudios se clasifican las personas como indefensas o no indefensas basándose en el análisis individual de las atribuciones. En el estudio de Camuñas y Tobal (2005), para clasificar las personas como indefensas y no indefensas, se utilizaron criterios estadísticos que establecían los puntos de corte. Siguiendo este modelo estadístico de definición, la clasificación de grupos indefensas y no indefensas utilizó el cuartil uno como punto de corte. En esta sección se evalúa la asociación entre los determinantes sociales de la salud con la indefensión aprendida, utilizando dos grupos de análisis indefensas y no indefensas.

Hay menor por ciento de mujeres indefensas en el grupo de 50 a 64 años de edad. Sin embargo, este resultado no tuvo significación estadística, con un valor de  $p$  mayor de 0.05. La edad al momento del diagnóstico no se asoció con ser categorizadas como mujeres indefensas obteniendo un nivel de significación mayor de .05. Por otro lado, las mujeres con 4<sup>o</sup> año o menos, tuvieron mayor probabilidad de ser indefensas con un riesgo relativo estimado (OR) de 1.8 (95%IC: 1.02-3.12). Este resultado presentó un nivel de significación de .04 siendo estadísticamente significativo (véase Tabla 41). El análisis de asociación entre indefensión aprendida y religiosidad, tiene un nivel de significación mayor de 0.05 por lo que no presenta ser estadísticamente significativo. Sin embargo, las mujeres que no mostraban características de religiosidad tuvieron un mayor nivel de indefensión que las que reportaron estas características con un 31.1% comparado con un 22.1% (Tabla 41).

**Tabla 41 - Asociación Entre los Determinantes Sociales Demográficos, la Religiosidad y la Indefensión Aprendida**

<i>DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>% DE INDEFENSIÓN</i>	<i>OR (95% IC)</i>	<i>Ji Cuadrado (gl)</i>	<i>VALOR P</i>
<b>Edad Actual</b>				
Menor de 50 años	30.2	1.00		---
50 a 64 años	25.6	.794 (.393 / 1.606)	1.87 (2)	.521
65 o más años	34.9	1.24 (.567 / 2.714)		.588
<b>Edad al momento del Dx</b>				
Menor de 40	26.3	1.0		---
40 a 59 años	29.3	1.16 (.522 / 2.57)	.135 (2)	.717
60 o más años	29.2	1.15 (.444 / 2.991)		.770
<b>Tiempo de sobrevivencia</b>				
2 años o menos	31.1	1.15 (.59 – 2.24)	.247 (2)	.69
3 a 7 años	27.7	0.97 (.50 – 1.89)		.936
8 años o más	28.3	1.00		---
<b>Escolaridad</b>				
4 <sup>o</sup> año o menos	36.1	1.79 (1.02 – 3.12)	4.20 (1)	<b>.04</b>
Más de cuarto año	24.0	1.00		---
<b>Religiosidad</b>				
No	31.1	1.00	2.32 (1)	.128
Si	22.1	1.60 (0.87 / 2.95)		---

Los determinantes económicos resultaron como factores de importancia para la indefensión. Las mujeres que no tienen fuente de ingreso propia tienen dos veces más probabilidad de ser indefensas que las que tienen fuente de ingreso con un riesgo relativo estimado de 2.18 y nivel de significación menor de 0.05. Las mujeres que reciben ayuda económica tienen 85% más probabilidad de ser indefensas con un nivel de significación menor de 0.05 (Tabla 42).

**Tabla 42 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y los Determinantes Sociales Económicos**

<i>DETERMINANTES ECONÓMICOS Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>% DE INDEFENSIÓN</i>	<i>OR (95% IC)</i>	<i>Ji Cuadrado (gl)</i>	<i>VALOR P</i>
Ingreso Mensual				
Menos de \$1,500.00	32.5	1.40 (.80 – 2.44)	1.42 (1)	.235
\$1,500.00 o más	25.6	1.00		
Tiene fuente propia				
Si	23.5	1.00	6.41 (1)	.011
No	38.6	2.18 (1.24 – 3.83)		
Recibe ayuda económica				
Si	33.6	1.85 (1.03 – 3.34)	4.27 (1)	.039
No	21.4	1.00		

Según se observa en la tabla 43, las mujeres sobrevivientes de cáncer que encuentran barreras para el cuidado y apoyo tienen casi tres veces (OR = 2.62) más probabilidades de ser indefensas que las que no encuentran este tipo de barreras. Este resultado fue estadísticamente significativo con un valor p menor de .01. Las mujeres que describen más factores ansiógenos tienen dos veces más probabilidades (OR = 2.12) de ser indefensas aunque este resultado no fue significativo (p = .069). Las sobrevivientes de cáncer de mama con barreras de acceso a servicios tienen 54% más probabilidad de ser indefensas que las que no tienen barreras.

**Tabla 43 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y Determinantes Sistémicos Personales**

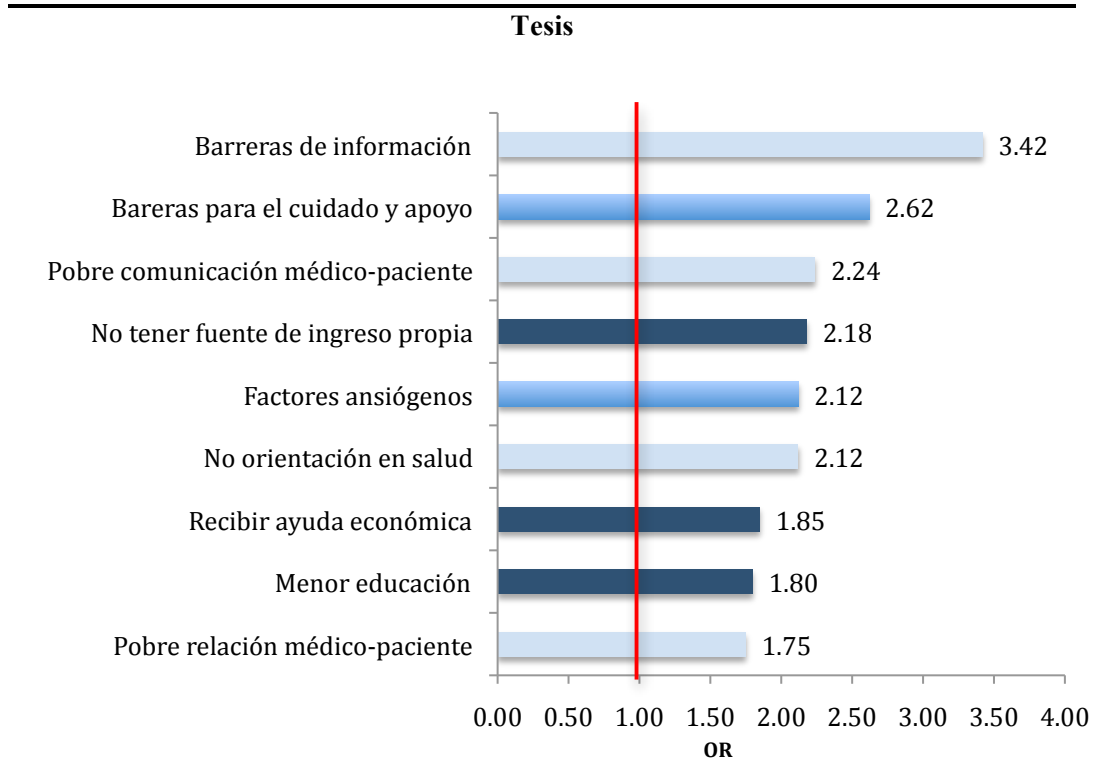
<i>DETERMINANTE SISTÉMICO – PERSONALES Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>% DE INDEFENSIÓN</i>	<i>OR (95% IC)</i>	<i>Ji Cuadrado</i>	<i>VALOR P</i>
Barreras para el cuidado y apoyo (n=244)				
Sí	34.4	2.62 (1.38 / 5.0)	8.90	<b>.003</b>
Ninguna	16.7	1.00		
Factores ansiógenos				
Sí	30.3	2.12 (.93 / 4.80)	3.31	.069
Ninguna	17	1.00		
Barreras de acceso a servicio (n=223)				
Sí	31.4	1.54 (.84 / 2.81)	2.02	.155
Ninguna	22.9	1.00		

Algunos determinantes sistémicos institucionales como la comunicación con el médico y la orientación sobre la salud, son factores que están relacionados con la indefensión. El riesgo relativo estimado ( $OR = 2.24$ ) indica que las mujeres con problemas de comunicación con sus médicos tienen dos veces más probabilidades de ser indefensas ( $p = .009$ ). De igual forma, las mujeres poco orientadas sobre su salud tienen alrededor de dos veces más probabilidades de ser indefensas ( $OR = 1.95$ ), con un nivel de significación menor de 0.05. Las sobrevivientes que reportaban barreras financieras tenían 21% más probabilidad de tener indefensión que sus contrapartes y las que documentaban problemas en la calidad de servicio tenían 74% más indefensión que las que disfrutaban de buenos servicios de salud. Las mujeres con barreras de comunicación e información tienen tres veces más probabilidad de estar indefensas que aquellas que no reportaron barreras en esta área. Esta asociación tuvo un nivel de significación de .001 (véase Tabla 44).

**Tabla 44 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y Determinantes Sistémicos Institucionales**

<i>DETERMINANTE SISTÉMICO – INSTITUCIONALES Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>% DE INDEFENSIÓN</i>	<i>OR (95% IC)</i>	<i>JI CUADRADO (gl)</i>	<i>VALOR P</i>
Relación Médico Paciente				
Buena	21.4	1.00	3.20 (1)	.074
Algún problema	32.3	1.75 (.94 – 3.24)		
Comunicación médico paciente				
Buena	19.1	1.00	6.80 (1)	.009
Algún problema	34.7	2.24 (1.21 – 4.14)		
Orientación sobre salud				
Adecuada	22.1	1.00	4.92 (1)	.027
No adecuada	35.6	1.95 (3.56 – 1.08)		
Barreras financieras (n = 244)				
Si	28.8	1.21 (.62 – 2.36)	.62 (2.36)	.568
Ninguna	25	1.00		
Calidad de servicio (n = 238)				
Si	28.9	1.74 (.84 – 3.61)	1.74	.136
Ninguna	19	1.00		
Barreras en información / comunicación				
Si	35.7	3.42 (1.71 – 6.83)	13.0 (1)	<.001
Ninguna	14	1.00		

La figura 10 resume las asociaciones con nivel de significación menor de .05 entre los determinantes de salud y la indefensión aprendida. Las barreras de información (OR = 3.42), las barreras en las relaciones personales (OR = 2.62), y pobre comunicación médico paciente (OR = 2.24) fueron los determinantes de salud más relacionados a que las mujeres sean indefensas. Otros factores importantes fueron los factores ansiógenos y no recibir orientación sobre la salud. En cuanto a los determinantes personales, los de mayor impacto fueron los económicos, representados por el no tener fuente de ingreso propio y el recibir ayuda económica. El otro determinante importante que describe a las mujeres indefensas es tener 4° año o menos de educación académica.



**Figure 10 - Medidas de asociación con significación estadística entre los determinantes sociales y la indefensión aprendida**

### **Acciones de afrontamiento**

Para evaluar si las mujeres indefensas tienen mejores acciones de afrontamiento se evaluó la relación de la indefensión aprendida con el apoderamiento, la adherencia, las prácticas de autocuidado y con el cumplimiento con el cuidado general de salud. A continuación la descripción de las acciones de afrontamiento de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

El 65 % de las mujeres presentaron características de bajo nivel de apoderamiento para llevar a cabo acciones relacionadas a su salud. La adherencia fue dividida en intencional y no intencional. La adherencia intencional se refiere a la decisión de la sobreviviente de seguir su tratamiento médico o no. Según los datos, un 52% de las participantes deciden ser no adherentes. La adherencia no intencional se refiere a situaciones involuntarias que provocaran no seguir su tratamiento. El 62%

de las participantes sostienen que en ocasiones involuntariamente no son adherentes a sus prescripciones médicas (Véase Tabla 45).

**Tabla 45 - Estadísticas Descriptivas de las Acciones de Afrontamiento – Apoderamiento y Adherencia**

ACCIONES DE AFRONTAMIENTO					<i>n</i>	<i>%</i>
Apoderamiento						
		Sí			87	34.9
		No			172	65.1
Mín	Máx	Media	DE	Q1	Mediana	Q3
0	8	4	2.7	2	4	6
Adherencia no intencional						
		Sí			92	36.8
		No			155	62.8
Mín	Máx	Media	DE	Q1	Mediana	Q3
0	4	2.31	1.1	1	2	2
Adherencia intencional						
		Sí			119	48
		No			129	52
Mín	Máx	Media	DE	Q1	Mediana	Q3
0	8	6.33	2.1	5	7	8

Al describir su cumplimiento con el cuidado de la salud, el 72% de las mujeres reportan haber visitado a su médico de atención primaria durante el último año. De las participantes, el 62% visitó a su dentista y el 61% visitó a su oculista durante el último año. El cumplimiento menor fue con la evaluación nutricional ya que solo el 25% visitó a un nutricionista durante el último año. El 60% reportó no tener un plan de seguimiento de su cuidado de salud. Tomando en consideración todas las variables de cumplimiento con el cuidado de salud, solo un 30% lleva acabo un cuidado de salud completo (Tabla 46).

**Tabla 46 - Cumplimiento con el Cuidado de Salud**

<i>ACCIONES DE CUMPLIMIENTO CON LA SALUD</i>	<i>Si (%)</i>	<i>No (%)</i>
Visita a su médico primario en el último año	168 (72.4)	64 (27.6)
Evaluación nutricional	63 (25.2)	187 (74.8)
Examen de la vista	153 (61.2)	97 (38.8)
Visita al dentista	146 (62.4)	88 (37.6)
Plan de seguimiento de su cuidado de salud	89 (39.6)	151 (60.4)
Escala de cumplimiento con el cuidado de salud	73 (31.5)	159 (68.5)

Al describir las prácticas de salud, el 34% de las sobrevivientes practica algún tipo de ejercicio físico o practica algún deporte por lo menos 30 minutos al día, tres veces por semana. El 16% de las participantes sostienen que practican algún tipo de ejercicio que las ayude a relajarse como el Taichi, Yoga, baile o Pilates. El 75% de las participantes alegaban tener prácticas adecuadas de cuidado de salud física. A su vez, el 59% de las sobrevivientes sostiene cuidar de su dieta mediante alimentación adecuada (Tabla 47). Las premisas anteriores componen una escala de estilos de vida. Al referirnos a la escala un 23% de las mujeres llevan a cabo prácticas adecuadas que abonan a sus estilos de vida (Tabla 47).

**Tabla 47 - Distribución de Frecuencias de las Prácticas de Salud Incluidas en el Constructo Estilo de Vida**

<i>Prácticas de salud</i>				<i>Prácticas adecuadas (%)</i>	<i>Media (DE)</i>
¿Hace ejercicios, camina, trotta o practica algún deporte por lo menos 30 minutos tres veces en semana?				84 (33.6)	1.70 (1.58)
¿Practica algún ejercicio que lo ayude a relajarse? (Taichi, Yoga, Baile, Pilates...)				39 (15.6)	0.72 (1.29)
¿Cuida de su salud física?				187 (74.8)	3.14 (1.05)
¿Cuida de su alimentación o dieta?				144 (59.2)	2.68 (1.18)
Estilo de vida				58	23.2
Mín	Máx	Media (DE)	Q1	Mediana	Q3
0	16	8.35 (3.6)	6	8	11



La escala desarrollo personal y social incluyó prácticas relacionadas a la búsqueda de ayudas, oportunidades o actividades para mejoramiento personal y disfrute de la vida. La práctica más común fue compartir en su tiempo libre con su familia y amigos (83.2%). Según documentado por las mujeres la práctica menos frecuente fue tomar cursos o talleres de mejoramiento personal con un 30.8%.

Un 76% de las participantes, buscaba estar arreglada para verse atractiva y el 70% dedicaba tiempo a actividades que las hacen sentir aprecio por sí misma. Por su parte, otro 70% participó en actividades de tipo lúdica como ir al cine, al teatro y leer. Un 60% de las sobrevivientes buscó ayuda de amistades, psicólogo, psiquiatra, sacerdote o pastor para hablar de sus problemas o situaciones (Tabla 48). Al calcular la escala total, se obtuvo que un 50% de las mujeres tienen prácticas adecuadas en el área de desarrollo personal y social.

**Tabla 48 - Distribución de Frecuencias de las Prácticas de Salud Incluidas en el Constructo Desarrollo Personal y Social.**

<i>Prácticas de salud</i>				<i>Prácticas adecuadas (%)</i>	<i>Media (DE)</i>
¿Toma cursos talleres o seminarios con el propósito de mejorar?				77 (30.8)	1.6 (1.5)
¿Comparte con su familia y amigos en su tiempo libre?				208 (83.2)	3.4 (0.97)
¿Busca estar arreglada para verse atractiva?				188 (76.1)	3.2 (1.14)
¿Habla con alguien de sus problemas y preocupaciones? (amistades, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, pastor...)				149 (59.6)	2.6 (1.40)
¿Dedica tiempo a actividades que le hacen sentir aprecio por si misma?				193 (70.0)	2.9 (1.27)
¿Participa en actividades recreativas como leer, ir al teatro, al cine, pasear, entre otras?				174 (69.6)	2.9 (1.25)
<b>Desarrollo Personal y Social</b>				<b>125 (50.0)</b>	<b>16.7 (4.7)</b>
Mín	Máx	Media (DE)	Q1	Mediana	Q3
3	24	16.7 (4.7)	14	18	20

El determinante ambiente incluyó cuatro premisas: que la sobreviviente se alejara de fumadores, que evitara estar en lugares de alta contaminación (polvo o humo), que evitara exponerse a lluvia o cambios grandes de temperatura y a la exposición al sol por periodos prolongados de tiempo. El 71% de las participantes alegó tener prácticas adecuadas en el área ambiental.

El 89% de las participantes alegaron evitar exponerse al sol por periodos prolongados, siendo la práctica más frecuente. Un 81% de las sobrevivientes, indican evitar lugares donde estén fumando o que fumen en su presencia. El 72% de las sobrevivientes evitaba lugares con mucho polvo, humo o contaminación y el 69% evadía salir con condiciones atmosféricas adversas (Tabla 49).

**Tabla 49 - Distribución de Frecuencias de las Prácticas de Salud Incluidas en el Constructo Ambiente**

<i>Prácticas de salud</i>				<i>Prácticas adecuadas (%)</i>	<i>Media (DE)</i>
¿Prohíbe que fumen en su presencia o se aleja de los fumadores?				202 (80.8)	3.28 (1.29)
¿Evita lugares con mucho polvo, humo o contaminación?				206 (72.4)	3.27 (1.11)
¿Evita salir cuando hay mal tiempo (lluvia, cambios grandes de temperatura como calor o frío)				172 (68.8)	2.94 (1.23)
¿Evita exponerse al sol por periodos prolongados de tiempo?				221 (88.7)	3.41 (.95)
Ambiente				178 (71)	12.9 (3.1)
Mín	Máx	Media (DE)	Q1	Mediana	Q3
0	16	12.91 (3.14)	11	14	16

Un 29% de las sobrevivientes informó tener prácticas adecuadas de descanso. Este constructo, incluía dos premisas: el autoinforme de los participantes de tomar espacios durante sus labores diarias para descansar y que decidieran tomar siesta durante el día. Un 59% de las participantes incluye espacios para descanso durante el día mientras que un 26% hace siestas de 15 a 30 minutos al día (Tabla 50).

**Tabla 50 - Distribución de Frecuencias de las Prácticas de Salud Incluidas en el Constructo Descanso**

<i>Prácticas de salud</i>				<i>Prácticas adecuadas (%)</i>	<i>Media (DE)</i>
¿Incluye espacio para descanso durante su rutina de labores diarias?				147 (59)	2.66 (1.32)
¿Hace siesta durante el día por lo menos de 15 a 30 minutos?				65 (26)	1.41 (1.5)
Descanso				71 (28.5)	4.1 (2.4)
Mín	Máx	Media (DE)	Q1	Mediana	Q3
0	8	4.08 (2.37)	2	4	6

Otras prácticas de salud fueron las premisas que formaban un constructo por si solas. Se observó que el 65% de las mujeres mantiene un horario regular de comidas al día, mientras que un 47% no consume comidas rápidas (Fast-foods). Según el reporte de las sobrevivientes, el 36% de las mismas dedica tiempo a tener una vida sexual saludable (Tabla 51).

**Tabla 51 - Distribución de Frecuencias de Otras Prácticas**

<i>Prácticas de salud</i>	<i>Prácticas adecuadas (%)</i>	<i>Media (DE)</i>
¿Mantiene un horario regular de comidas?	162 (65.6)	2.77 (1.34)
¿Consume comidas rápidas? (Fast foods)	118 (47)	1.39 (1)
¿Dedica tiempo a tener una vida sexual saludable?	87 (35.8)	1.72 (1.63)

Según se describe en la Tabla 52, la escala de autocuidado se construyó de todas las premisas relacionadas a las prácticas auto reportadas de salud descritas anteriormente. El 72% de las mujeres tienen prácticas inadecuadas de autocuidado de su salud.

**Tabla 52 - Estadísticas Descriptivas de Autocuidado**

<i>AUTOCAUIDADO</i>						<i>n</i>	<i>%</i>
Sí						65	27.9
No						168	72.1
Min	Máx	Media	DE	Q1	Mediana	Q3	
7	70	47.7	10.2	41	47	55	

***Indefensión aprendida como factor modulador de las acciones de afrontamiento***

La puntuación media de apoderamiento de las mujeres indefensas, se comparó con la puntuación media obtenida por las mujeres no indefensas. Las mujeres no indefensas tuvieron una puntuación media mayor de apoderamiento al compararlas con las indefensas. Este resultado presentó una significación estadística marginal, menor de 0.10 con un valor t de 1.81 (Tabla 53). Se observa una relación marginalmente significativa entre apoderamiento e indefensión con una ji cuadrada de 2.92 y un valor p = .087. Estos datos sugieren que las mujeres no indefensas tienen 69% mayor probabilidad de tener apoderamiento sobre su salud que las indefensas (Tabla 53).

**Tabla 53 - Comparación de las Medias del Nivel de Apoderamiento en Relación a Indefensión**

<i>CONSTRUCTO O CONCEPTO</i>	<i>NIVEL DE APODERAMIENTO MEDIA (EE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>VALOR P</i>
INDEFENSAS	3.46 (.30)	1.81 (2.47)	.072
NO INDEFENSAS	4.16 (.21)		
% APODERAMIENTO ADECUADO		OR (95%IC)	χ <sup>2</sup> (valor p)
INDEFENSAS	26.8	1.00	2.92 (0.087)
NO INDEFENSAS	38.2	1.69 (0.92 – 3.10)	

Las puntuación media de la premisa de adherencia no intencional, no fue diferente entre los dos grupos. Sin embargo, las mujeres indefensas fueron menos adherentes que las no indefensas, 33% versus 38%. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa con un valor de p mayor de 0.05 (Tabla 54).

**Tabla 54 - Comparación Entre Indefensión Aprendida y Adherencia No Intencional**

<i>CONSTRUCTO O CONCEPTO</i>	<i>ADHERENCIA NO INTENCIONAL MEDIA (EE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>VALOR P</i>
INDEFENSAS	2.27 (.13)	.298 (245)	.766
NO INDEFENSAS	2.32 (.08)		
	% A ADHERENCIA NO INTENCIONAL ADECUADO	OR (95%IC)	χ <sup>2</sup> (valor p)
INDEFENSAS	33.3	1.00	.43 (.63)
NO INDEFENSAS	38.8	1.26 (.44 – 2.27)	

En cuanto a la adherencia intencional, se obtuvo un resultado significativo. Las mujeres indefensas tuvieron una puntuación menor en la escala de adherencia que las no indefensas, con un valor t de 2.16 y un nivel de significación menor de 0.05. (Tabla 55). El 40% de las mujeres indefensas demostraron ser adherentes al compararlo con el 51% de las mujeres no indefensas. Este resultado fue estadísticamente significativo. Esto representa un 57% más probabilidad de ser adherente si eres una mujer no indefensa. El resultado no fue estadísticamente significativo con un valor p mayor de 0.05.

Tesis

**Tabla 55 - Comparación Entre Indefensión Aprendida y Adherencia Intencional**

<i>CONSTRUCTO O CONCEPTO</i>	<i>ADHERENCIA INTENCIONAL MEDIA (EE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>VALOR P</i>
INDEFENSAS NO INDEFENSAS	5.87 (.28) 6.51 (.15)	2.16 (2.46)	<b>.032</b>
% ADHERENCIA INTENCIONAL ADECUADO		OR (95%IC)	$\chi^2$ (valor p)
INDEFENSAS NO INDEFENSAS	40 51.1	1.00 1.57 (.90 – 2.75)	2.49 (.115)

El cumplimiento con el cuidado de la salud fue mayor en las mujeres no indefensas que en las mujeres indefensas, 34.1% comparado con 24.6% respectivamente. Esta asociación no resultó significativa. De igual manera, la puntuación promedio en el cumplimiento con la salud fue similar en ambos grupos. (Véase tabla 56)

**Tabla 56 - Comparación Entre Indefensión Aprendida y Cumplimiento con la Salud**

<i>CONSTRUCTO O CONCEPTO</i>	<i>CUMPLIMIENTO CON LA SALUD MEDIA (EE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>VALOR P</i>
INDEFENSAS NO INDEFENSAS	2.63 (1.33) 2.89 (1.24)	1.41 (230)	.159
% CUMPLIMIENTO CON LA SALUD ADECUADO		OR (95%IC)	$\chi^2$ (valor p)
INDEFENSAS NO INDEFENSAS	24.6 34.1	1.00 1.59 (3.04 – 0.83)	1.96 (.161)

El tener indefensión se relacionó con algunas prácticas de autocuidado. Las mujeres no indefensas presentaron mayor probabilidad (OR = 1.84) de cuidar su dieta. Este resultado fue estadísticamente significativo con un nivel de significación menor

de 0.05. En la misma dirección, se encontró que las mujeres no indefensas, tienen más probabilidad de tener horarios regulares de comida. Este resultado tuvo un nivel de significación menor de 0.05 con una ji cuadrada de 5.53 y un riesgo relativo estimado de 1.97.

De las premisas relacionadas al ambiente se observó que las mujeres no indefensas tienen tres veces más probabilidad (OR = 3.21) de prohibir que fumen en su presencia. Este resultado tuvo una ji cuadrada igual a 12.62 con un nivel de significación menor de 0.01. Las mujeres no indefensas tienen dos veces más probabilidad de evitar exponerse al sol (OR = 2.06), con un nivel de significación menor de 0.10, siendo este un resultado marginalmente significativo (Tabla 57).

**Tabla 57 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y Premisas de Autocuidado**

<i>PRÁCTICAS DE SALUD Y SUS CATEGORÍAS</i>	<i>INDEFENSAS</i>	<i>NO INDEFENSAS</i>	<i>OR (95%IC)</i>	<i><math>\chi^2</math> (valor p)</i>
Prohíbe fumar en su presencia	67.6	87	3.21 (1.65- 6.22)	12.62 (<.001)
Evita exponerse al sol	83.1	91	2.06 (0.92 – 4.61)	3.18 (0.07)
Cuida de su dieta	48.6	63.5	1.84 (1.06 – 3.20)	4.69 (0.030)
Horarios regulares de comida	54.3	70.1	1.97 (1.11 – 3.48)	3.53 (0.019)

La sub-escala de autocuidado que se asoció con más fuerza estadística a un nivel de significación menor de 0.001 fue desarrollo personal y social. Las mujeres no indefensas presentaron una puntuación media mayor de prácticas adecuadas en esta escala. Las prácticas de autocuidado en las que la indefensión presentaron un nivel de significación menor de 0.05 fueron estilos de vida y horario regular de comida. Las

Tesis

mujeres no indefensas puntuaron más alto en las prácticas adecuadas de estilo de vida, con un valor  $t$  de 2.10. Las mujeres no indefensas mantuvieron más frecuentemente un horario regular de comida ( $p=0.024$ ).

Dos aspectos que no alcanzaron significación estadística, pero que podrían ser explorados en estudios posteriores fueron ambiente y vida sexual. Las mujeres no indefensas presentaron mayor puntuación en las prácticas adecuadas con respecto al ambiente ( $p=0.054$ ), así como, buscar alternativas para mejorar su vida sexual ( $p=0.10$ ). (Véase Tabla 58).

**Tabla 58 - Comparación de las Medias del Nivel de Apoderamiento en Relación a Indefensión**

CONSTRUCTO O CONCEPTO	INDEFENSA (Error Estándar de la media)	NO INDEFENSOS (EE)	$t$ (df)	VALOR $P$
Prácticas				
Estilo de vida	7.61 (.43)	8.65 (.26)	2.10 (248)	<b>.019</b>
Desarrollo Personal y Social	14.49 (.56)	17.56 (.33)	4.81 (242)	<b>&lt;.001</b>
Ambiente	12.40 (.39)	13.11 (.23)	1.61 (245)	.054
Descanso	4.08 (.27)	4.07 (.18)	-0.34 (247)	.486
Consumir comida rápida	1.50 (.11)	1.35 (.08)	-1.10 (246)	.1316
Horario regular de comida	2.49 (.18)	2.89 (.10)	2 (112)*	<b>.024</b>
Vida Sexual	1.52 (.18)	1.80 (.13)	1.29 (145)*	.10

\*Prueba Levene indicó que varianzas iguales no pueden ser asumidas

De las prácticas de salud auto-reportadas la única variable con un nivel de significación menor de 0.05 fue la escala de desarrollo personal y social. Las mujeres no indefensas, presentaron 3.5 veces más probabilidad de ejercer prácticas de desarrollo social y personal al compararlas con las mujeres indefensas. Este resultado obtuvo un nivel de significación menor de 0.01 con una  $\chi^2$  cuadrada de 17.96. Aunque el nivel de significación fue mayor de 0.05 en todas las escalas, las mujeres no



indefensas, presentaron mejores prácticas de cuidado de salud que las indefensas (Tabla 59).

**Tabla 59 - Asociación Entre Indefensión Aprendida y Escalas**

<i>CONSTRUCTO O CONCEPTO</i>	<i>INDEFENSA</i>	<i>NO INDEF.</i>	<i>OR (95%IC)</i>	<i><math>\chi^2</math> (valor p)</i>
Estilo de Vida	18.1	25.3	1.54 (.77 – 3.06)	1.50 (0.22)
Desarrollo Personal y Ambiente	29.4	59.7	3.55 (1.94 – 6.48)	17.96 (<.001)
Ambiente	67.1	74	1.39 (.76 – 2.54)	1.18 (.278)
Descanso	29.8	25.4	1.25 (.67 – 2.33)	.487 (.485)
Consumir comida rápida	41.4	50	1.41 (.81 – 2.47)	1.48 (.224)
Horario regular de comida	54.3	70.1	1.97 (1.11 – 3.48)	5.52 (.019)
Vida Sexual	28.2	39	1.63 (.89 – 2.97)	2.54 (.111)

En la escala total de autocuidado las mujeres no indefensas, tuvieron una puntuación media mayor de autocuidado al compararlas con las indefensas. Este resultado presentó una significación estadística menor de 0.001 con un valor t de 4.01. Las mujeres sobrevivientes de cáncer con menor nivel de indefensión (menos indefensas) tienen 2 veces más probabilidades de tener mejores destrezas de autocuidado (Tabla 60).

**Tabla 60 - Comparación Entre Indefensión Aprendida y Practicas de Autocuidado**

<i>CONSTRUCTO O CONCEPTO</i>	<i>PRACTICAS DE AUTOCUIDADO MEDIA (EE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>VALOR P</i>
INDEFENSAS	43.55 (1.21)	4.01 (231)	<.001
NO INDEFENSAS	49.34 (.79)		
	<i>% PRACTICAS DE AUTOCUIDADO ADECUADO</i>	<i>OR (95%IC)</i>	<i><math>\chi^2</math> (valor p)</i>
INDEFENSAS	18.5	1.00	3.99 (.046)
NO INDEFENSAS	31.5	2.04 (1.01 – 4.12)	

### Modelos de regresión logística para las acciones de afrontamiento

Las acciones de afrontamiento que demostraron una relación con los niveles de indefensión aprendida fueron: apoderamiento, adherencia intencional y autocuidado. En el modelo univariado para explicar apoderamiento, la escolaridad presentó una significación estadística de .091. Las sobrevivientes con cuarto año de escuela superior o más tienen 61% más probabilidad de ser apoderadas que las de menor escolaridad. La religiosidad presentó un valor p de .011 con alta significación estadística al relacionarse con apoderamiento. Un cambio en el nivel de religiosidad provoca 11% más probabilidad de ser apoderadas sobre la salud. La tercera característica que mostró alta significación estadística (valor p de .030) fue la relación médico paciente. Los datos mostraron que las sobrevivientes con adecuada relación médico paciente tienen un 84% mayor de probabilidad de ser apoderadas en sus procesos de salud.

Entre las características analizadas, el recibir orientación sobre salud presentó la relación más alta al relacionarse con apoderamiento con un valor p de .001. Los resultados sostienen que las mujeres que recibían orientación sobre la salud tienen casi tres veces más probabilidades de estar apoderadas. (Ver tabla 61)

**Tabla 61 - Modelo Univariado de Regresión para Apoderamiento**

CARACTERÍSTICA	$\beta^I$	EE ( $\beta$ )	Wald	Valor p	Exp ( $\beta$ )	95% IC exp $\beta$
<b>CPCN</b>	.037	.041	.822	.365	1.04	.96 – 1.12
<b>Edad</b>						
50 - 64	-.052	.340	.023	.878	.95	.48 – 1.85
65 o Más	-.141	.393	.029	.720	.87	.40 – 1.88
<b>Edad al momento del Dx</b>						
Menos de 40	.135	.462	.085	.771	1.14	.46 – 2.83
40 a 59	.22	.351	.398	.528	1.25	.63 – 2.49
<b>Escolaridad</b>						
Más de 4to año	.477	.282	2.856	<b>.091</b>	1.61	.92 – 2.80

**La indefensión aprendida como determinante de la salud en mujeres sobrevivientes 147  
de cáncer de mama**

**Tesis**

<i>CARACTERÍSTICA</i>	$\beta^l$	<i>EE (<math>\beta</math>)</i>	<i>Wald</i>	<i>Valor p</i>	<i>Exp (<math>\beta</math>)</i>	<i>95% IC exp <math>\beta</math></i>
<b>Religiosidad</b>	.104	.041	6.46	<b>.011</b>	1.11	1.02 – 1.20
<b>Ingreso</b>						
\$1,500 o Más	.128	.268	.228	.633	1.14	.67 – 1.92
<b>Tener fuente de ingreso propio</b>	.136	.280	.236	.627	1.15	.662 – 1.98
<b>No recibe ayuda económica</b>	.230	.271	.717	.397	1.26	.74 – 2.14
<b>No tener barreras de cuidado y apoyo</b>	.117	.277	.179	.672	1.12	.65 – 1.94
<b>No tener barreras por factores ansiógenos</b>	.045	.343	.017	.896	1.05	.53 – 2.05
<b>No tener barreras de acceso a servicios</b>	.285	.284	1.003	.317	1.33	.76 – 2.32
<b>Buena relación médico paciente</b>	.608	.279	4.736	<b>.030</b>	1.84	1.06 – 3.18
<b>Comunicación médico paciente</b>	.069	.277	.062	.804	1.07	.62 – 1.84
<b>No tener barreras financieras</b>	.381	.306	1.558	.212	1.46	.81 – 2.67
<b>No tener barreras en la calidad de servicios</b>	.370	.310	1.421	.233	1.45	.79 – 2.66
<b>No tener barreras de información</b>	.120	.282	.181	.670	1.13	.65 – 1.96
<b>Adecuada orientación en salud</b>	1.030	.317	10.567	<b>.001</b>	2.80	1.51 – 5.21

Una vez evaluadas todas los determinantes importantes, el modelo final para el apoderamiento incluyó: escolaridad, religiosidad, buena relación médico paciente y adecuada orientación sobre la salud. Según el modelo, la indefensión aprendida no fue estadísticamente significativa luego de ajustar por otras variables. El determinante más importante para el apoderamiento fue adecuada orientación sobre la salud. (Ver tabla 62)

**Tabla 62 – Modelo Multivariado de Apoderamiento**

<i>CARACTERÍSTICA</i>	$\beta^l$	<i>EE (<math>\beta</math>)</i>	<i>Wald</i>	<i>Valor p</i>	<i>Exp (<math>\beta</math>)</i>	<i>95% IC exp <math>\beta</math></i>
CPCN	.062	.049	1.607	.205	1.06	.97 – 1.17
Religiosidad	.097	.045	4.654	<b>.031</b>	1.10	1.01 – 1.20
Buena relación médico paciente	.658	.313	4.417	<b>.036</b>	1.93	1.05 – 3.57
Adecuada orientación en salud	.988	.341	8.404	<b>.004</b>	2.67	1.38 – 5.94
Constante	-2.642	.523	---	--	--	--

En los modelos univariados de regresión para adherencia intencional se encontró que la ausencia de barreras presentaban valores con alta significación estadística. La característica de mayor influencia sobre adherencia fue el no tener barreras en la calidad de servicio (valor p de  $<.001$ ). Las sobrevivientes con menos barreras en la calidad de los servicios son cinco veces más adherentes al tratamiento médico. Otras características de importancia fueron el no tener barreras de acceso a servicios (valor p de  $.002$ ), no tener barreras por ansiedad (valor p de  $.037$ ), y no tener barreras financieras (valor p de  $.012$ ). La ausencia de estas barreras implican una probabilidad de más de 2 veces de ser adherente. Los datos sostienen que las mujeres que no tienen este tipo de barreras tienen dos veces más probabilidad de seguir adecuadamente sus tratamientos médicos.

La comunicación adecuada con el médico y la buena relación médico paciente, también demostraron alta significación estadística (valor p de  $.01$  y  $.037$  respectivamente). Las sobrevivientes con adecuada comunicación con sus médicos tienen dos veces más probabilidad de ser adherentes. Por su parte, las sobrevivientes que alegan tener buena relación con sus médicos tienen un 77% más probabilidades de seguir adecuadamente sus tratamientos médicos. (Ver tabla 63)

**Tabla 63 - Modelos Univariados de Regresión para Adherencia Intencional**

CARACTERÍSTICA	$\beta^1$	EE ( $\beta$ )	Wald	Valor p	Exp ( $\beta$ )	95% IC exp $\beta$
<b>CPCN</b>	.021	.039	.297	.586	1.02	.95 – 1.10
<b>Edad</b>						
50 - 64	-.180	.328	.301	.583	.84	.44 – 1.59
65 o Más	.336	.378	.794	.373	1.4	.668 – 2.94
<b>Edad al momento del Dx</b>						
Menos de 40	-.388	.44	.777	.378	.679	.290 – 1.61
40 a 59	-.622	.336	3.417	.065	.537	.278 – 1.04
<b>Escolaridad</b>						
Más de 4to año	.293	.262	1.23	.263	1.34	.81 – 2.24
<b>Religiosidad</b>	-.006	.037	.027	.870	.994	.925 – 1.069
<b>Ingreso</b>						
\$1,500 o Más	-.378	.258	2.150	.143	.685	.413 – 1.136

**La indefensión aprendida como determinante de la salud en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama**

**Tesis**

<i>CARACTERÍSTICA</i>	$\beta^I$	<i>EE (<math>\beta</math>)</i>	<i>Wald</i>	<i>Valor p</i>	<i>Exp (<math>\beta</math>)</i>	<i>95% IC exp <math>\beta</math></i>
<b>Tener fuente de ingreso propio</b>	.016	.266	.004	.952	1.02	.60 – 1.71
<b>No recibe ayuda económica</b>	-.105	.261	.162	.688	.900	.54 – 1.50
<b>No tener barreras de cuidado y apoyo</b>	.300	.267	1.267	.260	1.35	.80 – 2.28
<b>No tener barreras por factores ansiógenos</b>	.695	.333	4.356	<b>.037</b>	2.01	1.04 – 3.85
<b>No tener barreras de acceso a servicios</b>	.856	.276	9.630	<b>.002</b>	2.35	1.37 – 4.04
<b>Buena relación médico paciente</b>	.569	.273	4.337	<b>.037</b>	1.77	1.03 – 3.02
<b>Comunicación médico paciente</b>	.692	.268	6.66	<b>.01</b>	2	1.18 – 3.34
<b>No tener barreras financieras</b>	.763	.305	6.27	<b>.012</b>	2.15	1.18 – 3.90
<b>No tener barreras en la calidad de servicios</b>	1.626	.343	22.418	<b>&lt;.001</b>	5.08	2.59-9.97
<b>No tener barreras de información</b>	.506	.271	3.49	.062	1.66	.98 – 2.82
<b>Adecuada orientación en salud</b>	.176	.276	.408	.523	1.19	.70 – 2.05

El modelo multivariado para adherencia intencional incluyó: buena relación médico paciente, no tener barreras en la calidad de servicios y el CPCN. Al ajustar estas características para describir adherencia, los datos sostienen que el no tener barreras en la calidad de los servicios es la característica de mayor importancia. Las mujeres con menores barreras en la calidad de servicios tienen 4.5 veces más probabilidades de ser adherentes a su tratamiento médico. (Ver tabla 64)

**Tabla 64 – Modelo Multivariado de Adherencia**

<i>CARACTERÍSTICA</i>	$\beta^I$	<i>EE (<math>\beta</math>)</i>	<i>Wald</i>	<i>Valor p</i>	<i>Exp (<math>\beta</math>)</i>	<i>95% IC exp <math>\beta</math></i>
<b>CPCN</b>	.005	.044	.014	.905	1.01	.92 – 1.10
<b>Buena relación médico paciente</b>	.325	.296	1.211	.271	1.39	.78 – 2.47
<b>No tener barreras en la calidad de servicios</b>	1.51	.352	18.478	<.001	4.54	2.28 – 9.04
<b>Constante</b>	-.715	.305	---	---	---	---

En los modelos univariados para autocuidado, se observó que a menor indefensión aprendida mayor autocuidado en las mujeres (valor p de .010). Por cada

cambio en el nivel de indefensión hay un 13% de mayor probabilidad de tener practicas adecuadas de autocuidado.

El no tener barreras de acceso a servicio presentó alta significación estadística en su relación con autocuidado (valor p de .076). Según los datos, las mujeres sin barreras de acceso a servicios tienen 74% más probabilidad de autocuidado. La religiosidad (valor p <.001) también demostró tener relación con el cuidado propio de las sobrevivientes. Las mujeres con mayor religiosidad tienen un 24% más de probabilidad de tener un mejor autocuidado. La Escolaridad también presentó ser estadísticamente significativa con un valor p de .007 en su relación con autocuidado. Las sobrevivientes con escolaridad de cuarto año o más tienen dos veces más de probabilidad de cuidarse. (Ver tabla 65)

**Tabla 65 – Modelos Univariados para Autocuidado**

<i>CARACTERÍSTICA</i>	<i><math>\beta^1</math></i>	<i>EE (<math>\beta</math>)</i>	<i>Wald</i>	<i>Valor p</i>	<i>Exp (<math>\beta</math>)</i>	<i>95% IC exp <math>\beta</math></i>
<b>CPCN</b>	.125	.049	6.573	<b>.010</b>	1.13	1.03 – 1.25
<b>Edad</b>						
Menos de 50	.631	.434	2.111	.146	1.88	.802 – 4.41
50 - 64	.290	.373	.605	.437	1.34	.64 – 2.78
<b>Edad al momento del Dx</b>						
Menos de 40	1.195	.516	5.362	.021	3.304	1.20 – 9.08
40 a 59	.569	.430	1.749	.186	1.77	.76 – 4.10
<b>Escolaridad</b>						
Más de 4to año	.881	.328	7.204	<b>.007</b>	2.41	1.27 – 4.59
<b>Religiosidad</b>	.218	.051	18.11	<b>&lt;.001</b>	1.24	1.13 – 1.38
<b>Ingreso</b>						
\$1,500 o Más	.035	.296	.014	.97	1.04	.58 – 1.85
<b>Tener fuente de ingreso propio</b>	.578	.324	3.185	.074	1.78	.95 – 3.36
<b>No recibe ayuda económica</b>	-.32	.296	1.167	.28	.73	.41 – 1.30
<b>No tener barreras de cuidado y apoyo</b>	.144	.304	.225	.635	1.16	.636 – 2.10
<b>No tener barreras por factores ansiógenos</b>	.018	.378	.02	.963	1.02	.49 – 2.13
<b>No tener barreras de acceso a servicios</b>	.552	.311	3.146	<b>.076</b>	1.74	.94 – 3.20
<b>Buena relación médico paciente</b>	.216	.308	.490	.484	1.24	.68 – 2.27
<b>Comunicación médico paciente</b>	-.11	.311	.128	.721	.895	.49 – 1.65
<b>No tener barreras</b>	.223	.333	.449	.50	1.25	.65 – 2.40

**La indefensión aprendida como determinante de la salud en mujeres sobrevivientes 151  
de cáncer de mama**

<b>Tesis</b>						
<i>CARACTERÍSTICA</i>	$\beta^I$	<i>EE (<math>\beta</math>)</i>	<i>Wald</i>	<i>Valor p</i>	<i>Exp (<math>\beta</math>)</i>	<i>95% IC exp <math>\beta</math></i>
<b>financieras</b>						
<b>No tener barreras en la calidad de servicios</b>	.179	.346	.268	.604	1.20	.61 – 2.36
<b>No tener barreras de información</b>	-.225	.316	.57	.476	.80	.43 – 1.48
<b>Adecuada orientación en salud</b>	.472	.333	2.008	.157	1.60	.84 – 3.08

Para el modelo multivariado de autocuidado se incluyeron el CPCN, escolaridad, religiosidad y no tener barreras de acceso a servicios como características relacionadas. Al ajustar estas características se observa que a menor nivel de indefensión aprendida tienen mejor grado de autocuidado en las sobrevivientes. Los datos sostienen que las mujeres con mayor religiosidad cuidan mejor de su salud. Por otro lado el no tener barreras en los servicios de salud ayuda a un mejor autocuidado. (Ver tabla 66)

**Tabla 66 - Modelo Multivariado de Autocuidado**

<i>CARACTERÍSTICA</i>	$\beta^I$	<i>EE (<math>\beta</math>)</i>	<i>Wald</i>	<i>Valor p</i>	<i>Exp (<math>\beta</math>)</i>	<i>95% IC exp <math>\beta</math></i>
<b>CPCN</b>	.131	.058	5.065	.024	1.14	1.02 – 1.28
<b>Escolaridad</b>	.441	.372	1.41	.235	1.56	.751 – 3.22
<b>Religiosidad</b>	.208	.056	13.815	<.001	1.231	1.10 – 1.37
<b>No tener barreras de acceso a servicio</b>	.617	.342	3.246	.072	1.853	.95 – 3.61
<b>Constante</b>	-3.888	.674	---	---	---	---

## **CAPÍTULO V – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



## **Discusión de resultados**

Aun cuando la indefensión aprendida ha sido asociada al desarrollo de enfermedades en seres humanos, poco se ha estudiado la relación entre este constructo y las prácticas de autocuidado sobre la salud. Dado el papel fundamental de la indefensión aprendida en otras áreas de la salud, el aprendizaje, y el bienestar de las personas, la detección precisa del nivel de este constructo es un factor de importancia para el desarrollo de conocimiento tanto en la investigación como la práctica clínica.

Uno de los grandes retos para el desarrollo de esta tesis fue la ausencia de una versión del ASQ que estuviese traducida, adaptada y validada para su uso en población puertorriqueña. Por lo tanto, para construir el instrumento de recolección de datos, la primera parte del estudio fue la traducción y adaptación del ASQ en Puerto Rico. La adaptación transcultural y la traducción del instrumento se realizó en dos fases: la traducción directa e inversa del instrumento y la validez de aspecto mediante el proceso de entrevistas cognitiva. El proceso de adaptación transcultural y traducción del ASQ permitió obtener un instrumento en español conceptualmente semejante al original en inglés. En esta investigación el ASQ adaptado se utilizó en una muestra de 250 personas en respuesta a los objetivos planteados. Usando esta muestra de estudio, se calculó el alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad del instrumento traducido y adaptado. En este estudio el ASQ presentó una consistencia interna de alfa de 0.72 para el compuesto positivo, 0.68 para el compuesto negativo y 0.75 para el CPCN total (Tabla 67). Estudios anteriores de la versión en inglés presentan una consistencia interna de alfa de 0.75 para el compuesto positivo y de 0.72 para el compuesto negativo, y una fiabilidad de prueba pos prueba de 0.70 para

el compuesto positivo y 0.74 para el negativo (Peterson, Semmel, Von Bayer, Abramson, Metalsky y Seligman, 1982). Posteriormente, tras la revisión de distintos estudios que presentan datos sobre la fiabilidad del ASQ, Tennen y Herzberger (1986) concluyen, que el cuestionario presenta una buena consistencia interna, con coeficientes “alfa” iguales o superiores a .70 para cada una de sus escalas. Evaluando los datos antes expuestos se puede concluir, que la versión del ASQ utilizada en este estudio presenta niveles adecuados de confiabilidad, muy parecidos a los datos obtenidos en el instrumento original.

**Tabla 67 – Comparación de Alpha de Chromback Según Datos Originales del ASQ y Datos de la Nueva Versión Adaptada Culturalmente y Traducida al Castellano**

<i>Dimensión</i>	<i>ASQ Versión original en Ingles</i>	<i>ASQ versión en Español PR</i>
Positivo		
Internalidad	.50	.42
Estabilidad	.58	.52
Globalidad	.44	.48
Negativo		
Internalidad	.46	.46
Estabilidad	.59	.56
Globalidad	.69	.53
Esperanza (Hopefulness)	---	.66
Desesperanza (Hopelessness)	---	.69
ComPos	.75	.72
ComNeg (Depresión)	.72	.68
CPCN (Indefensión)	.78	.75

De las investigaciones que han evaluado el constructo de indefensión, pocas han descrito la prevalencia de indefensión en sobrevivientes de cáncer, pese a que desde finales de los años 70 se había concluido la posible relación entre dichos conceptos (Sklar y Anisman, 1979; Visintainer, Madelon y Seligman, 1982). El primer objetivo de este estudio fue determinar el nivel de indefensión aprendida en mujeres

sobrevivientes de cáncer de mama. El cáncer de mama es un neoplasma hormonalmente sensible, de gran impacto psicológico (Eskelinen, Korhonen, Selander y Ollones, 2014; McKenna, et al,1999) en las distintas etapas del proceso de supervivencia. La población de sobrevivientes de cáncer de mama es un grupo idóneo considerando que en la investigación sobre el cáncer se ha documentado la importancia de las variables psicológicas en el riesgo y la supervivencia (McKenna, et al,1999).

La puntuación en la escala de indefensión aprendida indicó que las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama tienen un nivel que fluctuaba entre -6.5 a 13. Esto indica que no hay mujeres con valores extremos dentro de la escala en ninguna de las dos direcciones. El 29% de las 250 mujeres que participaron en este estudio, se clasificaron como indefensas ya que su puntuación las colocaba en una posición menor al valor del cuartil uno de la muestra. Muy pocos estudios fueron encontrados que documentaran la prevalencia de indefensión en pacientes y sobrevivientes de cáncer. Un estudio con pacientes de cáncer sobre indefensión/desesperanza en Finlandia encontró un 11% de pacientes con indefensión (Haatainen, et al, 2003), y Sand, Strang, y Milberg, (2008) documentaron que el 65% de su muestra de pacientes de cáncer metastizado, sin alternativa de tratamiento curativo tenían indefensión (Sand, Strang, y Milberg, 2008). Esto podría sugerir que el nivel de indefensión varía por factores como la etapa del cáncer en la que se encuentren. La tesis que aquí se presenta, tenía representación de mujeres que estaban desde su tratamiento activo hasta mujeres con 38 años de supervivencia. Sin embargo, se reconoce que mujeres con cáncer en estadio avanzados están sub representadas en esta muestra.

La investigación identificó los determinantes sociales relacionados a la indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. La hipótesis del

estudio planteaba, que los determinantes sociales sistémicos (aquellos relacionados a interacción social e institucionales) aumentarían el nivel de indefensión aprendida.

Los datos indican que tanto determinantes sociales personales como sistémicos inciden en el nivel de indefensión aprendida. Sin embargo, la magnitud de asociación de los determinantes sistémicos con indefensión aprendida fue mayor que la magnitud de asociación de los determinantes personales (ver figura 10).

Entre los determinantes sistémicos, el determinante con mayor impacto en el nivel de indefensión fue barreras de información. Este determinante recopila cuanto afecta el desconocimiento sobre la salud para obtener servicios. Omachi, Sarkar, Yelin, Blanc y Katz, (2013), encontraron resultados parecidos en un estudio con pacientes de trastornos respiratorios. Estos investigadores concluyeron que independiente de la situación socioeconómica, la falta de conocimiento sobre la salud se asocia con niveles más altos de la indefensión aprendida. Otros determinantes sistémicos que se encontraron en esta investigación relacionados a indefensión aprendida fueron no tener orientación en salud y la comunicación médico paciente. La teoría de la indefensión aprendida postula que los sentimientos de resignación pasiva provocados por eventos adversos aparentemente incontrolables pueden dar lugar a la disminución en la capacidad de solución de problemas (Omachi, Sarkar, Yelin, Blanc y Katz, 2013; Omachi, et al., 2010; Peterson, 1982). Considerando esto, Omachi y sus colaboradores (2013), explican que la falta de educación en salud podría contribuir al desarrollo de indefensión, al exacerbar una percepción de falta de control. Por último, la pobre relación médico paciente como determinante sistémico institucional, se encontró relacionado con mayores niveles de indefensión aprendida. En un estudio llevado a cabo para determinar los factores que influyen en la adherencia a medicamentos para la osteoporosis en los adultos mayores, concluyeron que algunos

de los factores que influyen en la adherencia fueron la falta de conocimiento acerca de la osteoporosis, los problemas de comunicación en sus visitas al médico y la dificultad de recordar las instrucciones para tomar los medicamentos (Iversen, Vora, Servi, y Solomon, 2011). Estos factores coinciden con los resultados de esta tesis, y muy bien podrían relacionarle a elementos de control sobre el proceso de salud, factor que a su vez podría estar relacionado a indefensión.

El determinante sistémico personal que tuvo mayor impacto sobre el nivel de indefensión fue las barreras para el cuidado y apoyo. Las mujeres con problemas en su vivienda, falta de apoyo de las labores de cuidado o higiene personal, así como falta de información de servicios disponibles para su cuidado médico presentaron mayor probabilidad de ser indefensas. Una relación similar, se encontró con los factores ansiógenos como barreras para obtener los servicios necesarios. Estos factores podrían estar relacionados a la propia definición de indefensión aprendida. Como explican Argaman, Gidron y Ariad, (2005) indefensión, es la percepción de no tener control sobre las consecuencias o los futuros acontecimientos de la vida. Los factores que generan ansiedad así como elementos que limitan el cuidado y apoyo son elementos con clara relación con nivel de control sobre el entorno.

Según los datos, la edad de la sobreviviente así como la edad al momento del diagnóstico estuvieron muy relacionadas a la indefensión en sobrevivientes de cáncer. Se encontró que a mayor edad más indefensión y que las mujeres más jóvenes al momento de diagnóstico eran a su vez menos indefensas. Aun cuando no se encontraron datos en otros estudios que describan la relación de indefensión con edad, Wu, Schimmele y Chappell (2012), concluyen que hay un aumento lineal en los síntomas depresivos después de 65 años de edad producido en el contexto de la comorbilidad médica. Los autores sostienen que este fenómeno no es un efecto

independiente del envejecimiento y entre sus conclusiones reportaron una relación significativa entre la edad y la depresión mayor. Los investigadores también señalan, que la relación entre la edad y la depresión mayor tardía es compleja y se desarrolla a través de un conjunto diferente de factores de riesgo. Como bien concluyen los autores, esta etapa de la vida (edad mayor a los 65 años) parece ser un período de morbilidad psiquiátrica.

La escolaridad también surgió como un determinante social relacionado con la indefensión aprendida, observándose una relación positiva entre menor educación académica y una mayor indefensión. Bhat, DeWalt, Zimmer, Fried y Callahan (2010), en un estudio sobre diabetes como enfermedad crónica, sugieren que los pacientes de bajo nivel de educación son más indefensos que los de mayor escolaridad. Camacho, Verstappen y Symmons (2012), sugieren que personas con mayor nivel de educación; pueden tener interacciones más eficaces con los profesionales de la salud. Por otro lado, las tasas de alfabetización están altamente correlacionados con el estatus socioeconómico y a su vez, es ampliamente aceptado que el bajo nivel socioeconómico se asocia con un impacto negativo en la salud física y mental (Lorant, et al, 2003; Adler, Boyce, Chesney, Folkman y Syme, 1993; Pincus, Callahan y Burkhauser, 1987).

La educación como determinante, debe ser analizada tomando en cuenta uno de los componentes sociales de la salud más importantes; el nivel socioeconómico. Los datos de este estudio sugieren que:

- a menor ingreso económico mayor IA,
- personas sin fuente propia de ingreso son más indefensas y
- personas que dependen de ayudas económicas externas tienen valores más altos de indefensión.

Los procesos implicados en la asociación entre estatus socio económico, indefensión aprendida y salud, son multi-causales. Como explican Camacho, Verstappen y Symmons, (2012) una de las razones que ha sido estudiada y es ampliamente aceptada para la asociación entre estatus socioeconómico y los malos resultados de salud es el acceso a la atención y los servicios de salud.

En resumen, podemos describir múltiples factores que se observaron como de influencia sobre el nivel de indefensión en las sobrevivientes. Los determinantes de mayor importancia fueron: el tener barreras de información, barreras para el cuidado y apoyo, pobre comunicación médico paciente y no tener fuente de ingreso propia. Tres de estos determinantes son determinantes sistémicos, lo que apoya la hipótesis de estudio que este tipo de determinantes tienen un impacto mayor sobre la indefensión. También fueron determinantes sistémicos de importancia el no haber recibido orientación de salud, el tener muchos factores ansiógenos y tener una pobre relación médico paciente. Por último, es importante mencionar que la baja educación académica y recibir ayudas económicas externas también se presentaron como determinantes sociales que inciden en la indefensión de las sobrevivientes (Fig. 11).

Nivel de indefensión	Indefensas
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Sistémicos <ul style="list-style-type: none"> <li>•Barreras para el cuidado y apoyo como;</li> <li>•Factores ansiógenos</li> <li>•Pobre comunicación médico paciente</li> <li>•Falta de orientación sobre la salud</li> <li>•Tener barreras de información</li> <li>•Tener barreras de acceso a información o a servicios de salud.</li> </ul> </li> <li>•Personales <ul style="list-style-type: none"> <li>•Mujeres de 65 o más</li> <li>•Mujeres que al momento del diagnóstico tenían 60 o más</li> <li>•Tienen menos educación</li> <li>•Ingreso mensual menor que \$1,500.00</li> <li>•No fuente propia económica</li> <li>•Depender de ayuda económica externa</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Sistémicos <ul style="list-style-type: none"> <li>•Tienen menos educación</li> <li>•No fuente de ingreso propia</li> <li>•Reciben ayuda económica</li> </ul> </li> <li>•Personales <ul style="list-style-type: none"> <li>•Barreras para el cuidado y apoyo</li> <li>•Factores ansiógenos</li> <li>•Pobre comunicación medico paciente</li> <li>•Pobre orientación de salud</li> <li>•Barreras de información y comunicación</li> </ul> </li> </ul>

**Figura 11 - Determinantes relacionados a la indefensión aprendida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama**

Al evaluar el objetivo que pretendía establecer si existe relación entre indefensión y afrontamiento, se logró probar la hipótesis de que las mujeres menos indefensas tienen mejores acciones de afrontamiento. El estudio presentó datos significativos, que sugieren que personas menos indefensas tienen mayor apoderamiento sobre la salud, y mayor adherencia al tratamiento de salud. El estudio también revela, que las sobrevivientes menos indefensas tenían mejores prácticas de auto cuidado. La relación de prácticas de autocuidado e indefensión se mantuvo significativa, después de haber ajustado por otros determinantes que inciden en esta relación.

Hubo determinantes sociales que explicaron las prácticas de afrontamiento como: la religiosidad, las barreras de acceso de servicio, la escolaridad, la buena relación médico paciente y la orientación sobre la salud. Los factores antes mencionados corresponden a características o circunstancias que están determinadas



en gran medida por movimientos sociales, la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Cabe señalar, que determinantes sociales de la salud como estos, son de los principales responsables de las inequidades en salud. A su vez estos determinantes implican posibilidad de control sobre ellos. En este caso, las acciones que ayuden a modificar estos factores podrían disminuir la indefensión y a su vez, mejorar las consecuencias de salud.

Considerando el elemento atribucional de la indefensión, es posible que los pacientes que tienen una filosofía de "puedo hacerlo" pueden ser más propensos a tratar activamente de mejorar su salud (Ollonen, Lehtonen y Eskelinen, 2005). Eskelinen, Korhonen, Selander y Ollonen, (2014) mencionan que también es comprensible que los pacientes con enfermedad incapacitantes pueden desarrollar indefensión por la misma enfermedad. La indefensión causada por el desarrollo de la enfermedad podría entonces bloquear las acciones de afrontamiento activo en las sobrevivientes (falta de apoderamiento, falta de adherencia y falta de autocuidado).

Múltiples estudios han sugerido que la indefensión aprendida se asocia con un estilo pasivo de afrontamiento (Camacho, Verstappen y Symmons, 2012; Brown y Nicassio, 1987). La dinámica de la indefensión como un rasgo ha sido descrita según la teoría cognitivo-conductual por Seligman (1979). Según esta visión la indefensión es considerado como un factor etiológico de la depresión. Según este dato, se debe entender que las personas que han experimentado la falta de control, muestran una reducción de respuestas voluntarias y el riesgo de la indefensión crónica (Eskelinen, Korhonen, Selander y Ollonen, 2014). Las personas con rasgos de indefensión tienen menos respuestas competitivas (Eskelinen, Korhonen, Selander y Ollonen, 2014; Seligman, 1975) lo que podría relacionarse a la falta de acciones de afrontamiento activo positivo. La teoría de la indefensión sugiere como fuente de pasividad de las

personas con depresión, la creencia de que ninguna respuesta en absoluto, será efectiva en el control de los resultados.

Investigaciones sobre indefensión han concluido, que esta tiene un impacto negativo en el ajuste y bienestar subjetivo de las pacientes con cáncer de mama (Koopman, et al, 2001; Greer, Moorey y Watson, 1989). Los resultados presentados en este estudio aportan evidencia de cómo niveles elevados de indefensión están significativamente relacionados con pobre autocuidado de la salud, la poca adherencia al tratamiento y al bajo apoderamiento sobre la salud.

## **Conclusión**

Este estudio logró desarrollar una adaptación del ASQ a la cultura puertorriqueña, obteniendo un cuestionario equivalente conceptualmente al original. Tras un proceso de validación y análisis de fiabilidad se puede decir que esta nueva versión es apropiada, aceptable e igualmente válido para la nueva cultura e idioma. Esta nueva versión del instrumento podrá ser utilizado tanto en el escenario de investigación como el escenario clínico, cubriendo así una carencia en este campo.

Cabe señalar que otro producto importante de esta investigación fue el diseño metodológico para la traducción, la adaptación cultural y el análisis de validez y la fiabilidad del instrumento. El diseño, contó con técnicas cuantitativas y cualitativas incluyendo traducción - retro traducción, evaluación por paneles de expertos, entrevistas cognitivas y análisis estadísticos de los resultados obtenidos al entrevistar participantes del estudio. Este propuesta de acercamiento metodológico mostró ser efectivo y replicable para la adaptación de distintos instrumentos de corte psicológicos y de salud.

Con respecto a los objetivos de este estudio se observó que una cuarta parte de las participantes tenían altos niveles de indefensión aprendida. Pocos estudios se encontraron que reportaran la prevalencia de la indefensión aprendida en sobrevivientes de cáncer. Esto, aun cuando múltiples estudios han documentado el impacto negativo de la indefensión en el ajuste y bienestar subjetivo de las personas con enfermedades crónicas, incluyendo pacientes con cáncer de mama.

Según los datos del estudio, la sobreviviente de cáncer con indefensión podría describirse como una mujer de 65 años o más, y diagnosticada después de los 60 años. Las mismas tienen baja educación académica y un ingreso mensual de menos de \$1,500.00. También se sugiere que las sobrevivientes no tienen fuente propia de ingreso y depende de ayuda económica externa.

La sobreviviente indefensa presenta barreras en factores personales, especialmente en cuanto a educación sobre su salud, literacia y servicios sobre cáncer. Por otro lado, documentan factores ansiógenos en sus entornos, pobre comunicación con sus médicos y falta de orientación sobre su salud.

El estudio concluyó que las sobrevivientes con mayor indefensión tienen menor apoderamiento sobre la salud, y menor adherencia intencional al tratamiento de salud. Por su parte, las sobrevivientes menos indefensas tenían mejores prácticas de auto cuidado y mejor cumplimiento con su cuidado de salud que las que tenían altos números de indefensión. Estos resultados coinciden con los planteamientos de Moorey y Greer (1989). Estos autores sugerían que las personas que han sufrido diagnósticos clínicos serios y a su vez son indefensas, no desarrollan habilidades de lucha contra la enfermedad y su cuidado de salud, desarrollando en cambio, una percepción pesimista de la vida, viendo la enfermedad como una pérdida permanente.

Los resultados de este estudio sugieren que la indefensión aprendida puede llevar a falta de apoderamiento sobre la salud y de autocuidado en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Sin embargo, el estudio también evidencia que para disminuir los niveles de indefensión y promover las prácticas de salud el acercamiento adecuado es necesario proveer información y educación y disminuir las barreras de acceso de esa información. Aun después de haber ajustado por otros determinantes la relación de indefensión y prácticas de autocuidado se mantuvo con significación estadística. Esto implica que además de trabajar con el nivel de indefensión aprendida en las mujeres se debe trabajar con otros determinantes sociales que podrían incidir en las prácticas de afrontamiento.

### **Limitaciones**

Este estudio tuvo limitaciones que es importante reconocer. Siendo un estudio transversal, ocurre el sesgo de información relacionado a memoria y de entrevistador. Una de las posibles explicaciones del sesgo de memoria es el tiempo de supervivencia de las participantes. Considerando que algunas de las participantes tenían muchos años de supervivencia, la calidad del recuerdo de los datos pudo haberse afectado.

Por la cantidad de participantes del estudio y la distancia entre unas entrevistas y otras, se recurrió a asistentes de investigación en calidad de entrevistadores. El sesgo de información debido al entrevistador ocurre porque cada persona tiene una forma única de entrevistar y formular las preguntas. Formas diferentes de formular las entrevistas y hacer las preguntas podrían tener un efecto sobre la calidad de los datos recopilados. Para minimizar este sesgo, se adiestró a los entrevistadores en el

cuestionario y en técnicas de entrevistas. En estos adiestramientos se hicieron prácticas supervisadas del proceso y se ofrecieron anejos al instrumento que daban ejemplos de cómo formular las preguntas o sinónimos que podrían utilizar de las palabras en las distintas premisas.

La muestra para este estudio fue no probabilística por disponibilidad, por lo que no necesariamente, es representativa de la población y podría provocar un sesgo de selección. Este tipo de sesgo ocurre cuando se introducen diferencias sistemáticas entre los sujetos escogidos para un estudio en comparación con los sujetos no seleccionados (Gordis, 2009; Merrill y Timmreck, 2006). Es importante destacar que el tipo de muestra para este tipo de estudio, se construye mediante participantes de forma voluntaria. Esto, genera un sesgo al existir diferencias entre las personas que aceptan participar en estudios y las que declinan invitaciones para estos menesteres.

Para lograr la participación hubo varios escenarios en los que se recopiló información. Algunos de estos espacios presentaban retos en cuanto a privacidad y facilidad para completar la información. Este factor, pudo afectar la calidad de los datos. Aun cuando la muestra es una de difícil acceso por las particularidades de la enfermedad, se recomienda la realización de estudios posteriores mediante selección aleatoria de los participantes.

Los estudios mediante encuesta / entrevistas presentan dos tipos comunes de sesgos que son, el de deseabilidad social y el sesgo de cortesía. El sesgo de deseabilidad social se refiere a la tendencia del entrevistado a responder no sobre lo que piensa sino sobre los que es deseable socialmente que piense. Y el sesgo de cortesía sugiere que los sujetos responden aquello que asumen que más desea el encuestador, y no su propia visión.

Por último, la utilización del ASQ presentó varias dificultades que pudieron afectar los resultados del estudio. Según las participantes, entre los problemas encontrados con el instrumento se encuentran, la extensión del instrumento y lo complejo que es contestar el mismo. La muestra total para este estudio fueron 250 personas de 335 que habían en el banco de datos. Hubo 85 personas que no contestaron todas las partes del ASQ por lo que se eliminaron de la muestra. El ASQ tomaba alrededor de 30 minutos en contestarse siendo el proceso de imaginar y la repetición continua de las mismas preguntas incómodo para quienes lo contestaban. En cuanto a la construcción del instrumento múltiples personas alegaban sentirse incómodas o no entender como contestar el cuestionario. Dichas participantes mencionaban que no sentían que las situaciones expuestas les hubieran pasado o les podrían pasar. También se encontraron problemas para la escala que utiliza el ASQ ya que es difícil para los participantes saber cómo utilizarla.

### **Implicaciones y proyecciones futuras**

Con este estudio, se evidencia que la indefensión aprendida está relacionada a peores prácticas de salud en sobrevivientes de cáncer. Aun cuando no todas las prácticas fueron estadísticamente significativas en su relación a indefensión, hay una tendencia clara de que las mujeres indefensas tienen menos probabilidades de tener prácticas adecuadas de autocuidado y cumplimiento con la salud. Por lo tanto, si se trabaja con la indefensión aprendida dentro de las terapias de apoyo en el proceso de tratamiento y pos tratamiento del cáncer se podría incrementar las prácticas adecuadas de salud en esta población. Esto, redundaría en mayor tiempo de sobrevivencia, mejor calidad de vida y reducción de complicaciones u otras comorbilidades.

En este estudio también se identificó cuáles eran las características de las mujeres indefensas. Utilizando herramientas de tamizaje clínico las podemos identificar desde el momento de diagnóstico y tratamiento temprano en aquellas que presenten las características. De esta manera, se podría incluir dentro del plan de tratamiento estrategias que abonen la inmunización de la indefensión. En términos de investigación, y continuidad a este estudio, se podrían identificar otros determinantes sociales relacionados con la indefensión aprendida que deban incluirse en los modelos estadísticos.

Por otro lado, este estudio presenta una versión traducida al castellano y adaptada culturalmente a población puertorriqueña. Este instrumento podrá servir de herramienta para el trabajo investigativo y clínico en la isla.

## REFERENCIAS

- Abela, J. R. Z. (2001). The hopelessness theory of depression: A test of the diathesis–stress and causal mediation components in third and seventh grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(3), 241-254.
- Abela, J. R. Z. y Payne, A.V.L. (2003). A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression in school children. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 519–535.
- Abramson, L. Y., Garber, J. y Seligman, M. E. (1980). Learned helplessness in humans: An attributional analysis. In J. Garber y M. E. P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and Applications*, (pp. 3-34). New York: Academic Press.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358–372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-79.
- Aday, L. A. y Cornelius, L. J. (2006). *Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesney, M. A., Folkman, S. y Syme, S. L. (1993). Socioeconomic inequalities in health: no easy solution. *Journal of the American Medical Association*, 269(24), 3140-3145.
- Allison, P., Guichard, C., Fung, K. y Gilain, L. (2003). Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21(3), 543-538.



- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S. y Clements, C. M. (1990). Comorbidity in anxiety and depressive disorders: A helplessness/hopelessness perspective. In J. D. Maser y C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity in anxiety and mood disorders* (pp. 499–543). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Amorós-Gómez, M., Remor, E. y Carrobles, J. (2004) ¿Es el optimismo disposicional un factor protector de las emociones negativas?. Resúmenes del III Simposio de la Asociación de Motivación y Emoción. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/agarce2130505103/texto.html>
- Andersen B. L., Kiecolt-Glaser J. K. y Glaser R. (1994). A bio-behavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychology*, 49, 389-404.
- Anderson, C. A. y Riger, A. L. (1991). A controllability attributional model of problems in living: dimensional and situational interactions in the prediction of depression and loneliness. *Social Cognition*, 9, 149–181.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1999). Optimismo Inteligente. *Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Baade, P. D., Fritschi, L. y Eakin, E. G. (2006). Non-cancer mortality among people diagnosed with cancer (Australia). *Cancer Causes & Control*, 17(3), 287-297.
- Bard, M. y Sutherland, A. M. (1955). Psychological impact of cancer and its treatment IV. Adaptation to radical mastectomy. *Cancer*, 8, 656-672.
- Barnum, S. E., Woody, M. L. y Gibb, B. E. (2013). Predicting changes in depressive symptoms from pregnancy to postpartum: the role of brooding rumination and negative inferential styles. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 71-77.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. y Bosi-Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186-3191.

- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Berra, S., Bustingorry V., Henze, C., Díaz, M. del P., Rajmil, L. y Butinof, M. (2009). Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 107(4), 307-314. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752009000400006&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000400006&lng=es).
- Bhat, A. A., DeWalt, D. A., Zimmer, C. R., Fried, B. J. y Callahan, L. F. (2010). The role of helplessness, outcome expectation for exercise and literacy in predicting disability and symptoms in older adults with arthritis. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 73-78.
- Boggiano, A. K. y Barrett, M. (1985). Performance and motivational deficits of helplessness: The role of motivational orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1753-1761.
- Bradbury, T. N. y Fincham, F.D. (1990). Attributions in marriage: review and critique. *Psychological Bulletin*, 107, 3-33.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., y Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8(5), 417-428.
- Braud, W., Wepmann, B. y Russo, D. (1969). Task and species generality of the 'helplessness' phenomenon. *Psychonomic Science*, 16, 154-155.

- Brosschot, J. F., Godaert, G. L., Benschop, R. J., Olff, M., Ballieux, R. E. y Heijnen, C. J. (1998). Experimental stress and immunological reactivity: a closer look at perceived uncontrollability. *Psychosomatic Medicine*, 60, 359-361.
- Brown, G. K. y Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-64.
- Buchanan, G. y Seligman, M. E. P. (Eds.). (1995). *Explanatory style*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Burns, M. O. y Seligman, M. E. P. (1989). Explanatory style across life span: Evidence for stability over 52 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 471-477.
- Burstein, H. J. y Winer, E. P. (2000). Primary care for survivors of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 343, 1086-94.
- Büssing, A., Baumann, K., Hvidt, N. C., Koenig, H. G., Puchalski, C. M., y Swinton, J. (2014). Spirituality and Health. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014.
- Butow, P. N., Coates, A. S. y Dunn, S. M. (2000). Psychosocial predictors of survival: Metastatic breast cancer. *Annals of Oncology* 11, 469-474.
- Camacho, E. M., Verstappen, S. M. M. y Symmons, D. P. M. (2012). Association between socioeconomic status, learned helplessness, and disease outcome in patients with inflammatory polyarthritis. *Arthritis Care & Research*, 64(8), 1225-1232.
- Camuñas, N., y Tobal, J. J. M. (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 4(2), 179-197.

- Carmichael, A. R. (2006). Obesity and prognosis of breast cancer. *Obesity Reviews*, 7(4), 333-340.
- Carver, C. S., Harris, S., Noriega, V., Scheir, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F, y Clark, K. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-393
- Carver C. S., Pozo, C., Harris, S. D. y Noriega, V. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375- 390.
- Carver, C. S. y Scheier, M. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. En E. Chang (Ed.). *Optimism and Pessimism, Implications for Theory, Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Carver, J. R., Shapiro, C. L., Ng, A., Jacobs, L., Schwartz, C., Virgo, K. S., ... y Vaughn, D. J. (2007). American Society of Clinical Oncology clinical evidence review on the ongoing care of adult cancer survivors: cardiac and pulmonary late effects. *Journal of Clinical Oncology*, 25(25), 3991-4008.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. G., Miller, D. S., Brown, L. L. y Miller, C. (1985). Psychosocial Correlates of Survival in Malignant Disease, *New England Journal of Medicine*, 312(24), 1551-1555. doi: 10.1056/NEJM198506133122406
- Chaney, J. M., Mullins, L. L., Uretsky, D. L., Pace, T. M., Werden, D. y Hartman, V. L. (1999). An experimental examination of learned helplessness in older adolescents and young adults with long-standing asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(3), 259-270. doi:10.1093/jpepsy/24.3.259.

- Chang, E. C., D’Zurilla, T. J. y Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 143-160.
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741– 756.
- Chlebowski, R. T. (2005). Bone health in women with early-stage breast cancer. *Clinical breast cancer*, 5, S35-S40.
- Ciarrochi, J. y Heaven, P. C. L. (2008). Learned social hopelessness: The role of explanatory role in predicting social support during adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1279-1286.
- Cobb-Clark, D. A., Kassenboehmer, S. C. y Schurer, S. (2014). Healthy habits: the connection between diet, exercise, and locus of control. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 98, 1-28.
- Cole, B. y Pargament, K. (1999). Re-creating your life: A spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho - Oncology*, 8(5), 395– 407.
- Conner, M. y Norman, P. editors (2005). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Maidenhead, England: Open University Press.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- de Castro, E. K. y Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 453-465.

- Demark-Wahnefried, W., Aziz, N. M., Rowland, J. H. y Pinto, B. M. (2005). Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5814-5830.
- Demark-Wahnefried, W., Pinto, B. M. y Gritz, E. R. (2006). Promoting health and physical function among cancer survivors: potential for prevention and questions that remain. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5125-5131.
- Demark-Wahnefried, W. y Jones, L.W. (2008). Promoting a healthy lifestyle among cancer survivors. *Hematology/oncology clinics of North America*, 22(2), 319-342.
- Dember, W. M., Martin, S. H., Hummer, M. K., Howe, S. R. y Melton, R. S. (1989). The measurement of optimism and pessimism. *Current Psychology: Research y Reviews*, 8, 102-119.
- Dember, W. N. y Brooks, J. (1989). A new instrument for measuring optimism and pessimism: Test-retest reliability and relations with happiness and religious commitment. *Bulletin of the Psychometric Society*, 27, 365-366.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2008). *Boletín del Registro de Cáncer*, 1(4). San Juan, Puerto Rico.
- Devellis, R. F. y Callahan, L. F. (1993). A brief measure of helplessness in rheumatoid disease: The helplessness subscale of the Rheumatology Attitudes Index. *Journal of Rheumatology*, 20, 866 – 869.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S., (1985). The Satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75
- Dykema, J., Bergbower, K., Doctora, J. D. y Peterson, C. (1996). An attributional style questionnaire for general use. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 14, 100-108.

- Eckersley, R. M. (2007). Culture, spirituality, religion and health: looking at the big picture. *Medicine Journal of Australia*, 186(10), s54-s56.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J. y Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of psychosomatic research*, 36(6), 531-541.
- Engel, G. L. (1968). A life setting conducive to illness: the giving-up—given-up complex. *Annals of Internal Medicine*, 69(2), 293-300.
- Eskelinen, M., Korhonen, R., Selander, T. y Ollonen, P. (2014). The Self-Rating Score (SRS) versus the Examiner Rating Score (ERS) in Measuring Helplessness in Healthy Individuals and in Patients with Benign Breast Disease and Breast Cancer: A Prospective Case–Control Study in Finland. *Anticancer Research*, 34(10), 5677-5682.
- Ferrándiz, P. (1995). A.S.Q. Versión experimental en español. No publicado.
- Fincham, F. D. y Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The relationship attribution measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 457–468.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Flórez-Lozano, J. A. (2006). Optimismo y salud. *Jano*, 1616, 59-61.
- Forsyth, B. H. y Lessler, J. T. (1991). Cognitive laboratory methods: a taxonomy. En: Biemer, P., Groves, R., Lyberg, L., Mathiowetz, N. y Sudman, S., editors. *Measurement errors in surveys*. (pp. 393-418) Nueva York: Wiley.

- Frey, B. B., Daaleman, T. P., y Peyton, V. (2005). Measuring a dimension of spirituality for health research: Validity of the Spirituality Index of Well-Being. *Research on Aging*, 27, 556–577.
- Garber, J. y Seligman, M. E. P. (Eds.). (1980). *Human helplessness: Theory and applications*. New York: Academic Press.
- Garssen, B. (2002). Psycho-oncology and cancer: linking psychosocial factors with cancer development. *Annals of Oncology-English Edition*, 13(4), 171-176.
- Gibb, B. E., Stone, L. B. y Crossett, S. E. (2012). Peer Victimization and Prospective Changes in Children's Inferential Styles. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(5), 561-569.
- Gillham, J., Shatté, A., Reivich, K. y Seligman, M. E. P. (2001). Optimism, pessimism and explanatory style. En E. Chang (Ed.). *Optimism and Pessimism Implications for Theory, Research and Practice*. (pp. 53 – 75). Washington, DC: American Psychological Association.
- Glanz, K. y Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14(3), 204–212.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., ... y Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719-1726.
- Gordeeva, T. O. y Osin, E. N. (2011). Optimistic Attributional Style as a Predictor of Well-Being and Performance in Different Academic Settings. *The human pursuit of well-being* (pp. 159-174). Netherlands: Springer.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology*. (4<sup>th</sup> Edition). Philadelphia, Pennsylvania: WB Saunders.



- Greer, S., Moorey, S. y Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs. clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 373–377. doi: 10.1016/0022-3999(89)90027-5
- Greer, S., Morris, T. y Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *The Lancet*, 314(8146), 785-787.
- Greer, S. y Watson, M. (1985). Toward a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Social Science & Medicine*, 20(8), 773–777.
- Grimaldo, M. (2004). Niveles de Optimismo en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima. *Revista Liberabit*, 10(10), 97-107.
- Hale, W. D., Fiedler, L. R. y Cochran, C. D. (1992). The revised Generalized Expectancy for Success Scale: A validity and reliability study. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 517-521.
- Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Theorell, T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., ... y Kivimäki, M. (2013). Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5,700 incident cancer events in 116,000 European men and women. *British Medical Journal*, 346, 1-10. doi: 10.1136/bmj.f165
- Heim, E. (1995). Coping-based intervention strategies. *Patient education and counseling*, 26(1), 145-151.
- Henkel, V., Bussfeld, P., Möler, H. J. y Hegerl, U. (2002). Cognitive-behavioural theories of helplessness/hopelessness: Valid models of depression? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 240-49.
- Henry, J. W. y Campbell, C. (1995). A comparison of the validity, predictiveness, and consistency of a trait versus situational measure of attributions. In M. J. Martinko (Ed.), *Attribution theory: An organizational perspective* (pp. 35-51). Delray Beach, FL: St. Lucie Press.

- Hewitt, A. K., Foxcroft, D. R. y MacDonald, J. (2004). Multitrait-multimethod confirmatory factor analysis of the attributional style questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 37, 1483-1491.
- Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*, 102(2), 187-193.
- Hogben, M., Gange, S. J., Watts, D., Robinson, E., Young, M., Richardson, J., Cohen, M. y Dehovitz, J. (2001). The effects of sexual and physical violence on risky sexual behavior and STDs among a cohort of HIV seropositive women. *AIDS and Behavior*, 5, 353-361.
- Holley, K. S. (2013). *Concept of learned helplessness: Informing nurses and economic strugglers*. Auburn University / Auburn Montgomery.
- Hosseini, M., Davidson, P. M., Fallahi Khoshknab, M. y Green, A. (2013). Spiritual and religious interventions in health care: An integrative review. *Iranian Rehabilitation Journal*, 11(17), 87-93.
- Howell, R. T., Kern, M. L. y Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136.
- Hurria A. y Hudis C. (2003). Follow-up care of breast cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 48, 89-99.
- Idler, E. L. y Kasl, S.V. (1997) Religion among disabled and nondisabled persons 1: cross-sectional patterns in health practices, social activities and wellbeing. *Journal of Gerontology*, 52B(6), 294-305.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2010). *National Cancer Institute*. Recuperado de, <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=450125>

- Iversen, M. D., Vora, R. R., Servi, A., & Solomon, D. H. (2011). Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining viewpoints of patients and providers. *Journal of geriatric physical therapy* (2001), 34(2), 72.
- Janssens, T. y Ritz, T. (2013). Perceived triggers of asthma: key to symptom perception and management. *Clinical & Experimental Allergy*, 43(9), 1000-1008.
- John-Langba, J. (2004). *The relationship of sexual and gender-based violence (SGBV) to sexual-risk behaviors among refugee women in Botswana: The mediating role of depression*. (Tesis Doctoral no publicada) University of Pittsburgh.
- Jones, L. W. y Demark-Wahnefried, W. (2006). Diet, exercise, and complementary therapies after primary treatment for cancer. *The Lancet Oncology*, 7(12), 1017-1026.
- Juárez, D. M. y Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicología*, 6(2), 79-88.
- Kamen - Siegel, L. P., Rodin, J. y Seligman, M. E. P. (1987). *Explanatory style and immune functioning*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Kamen - Siegel, L. P., Rodin, J., Seligman, M.E.P. y Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10(4), 229-235.
- Kavitha, R. y Jayan, C. (2014). Role of Social Support on Cancer Distress among Breast Cancer Patients. *Guru Journal of Behavioral and Social Sciences*, 2(1). 247 – 251.

- Keefe, F. J., Smith, S. J., Buffington, A. L., Gibson, J., Studts, J. L. y Caldwell, D. S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70, 640-655.
- Kent, R. y Martinko, M. (1995). The development and evaluation of a scale to measure organizational attributional style. In Martinko, M. (Ed.), *Attribution theory: An organizational perspective* (53–75). Delray Beach, FL: St. Lucie Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. y Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual review of psychology*, 53(1), 83-107.
- Kluger, A. N. y DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 119(2), 254-284.
- Koenig, H. G, Hays, J. C, George, L. K, Blazer, D. G, Larson, D. B. y Landerman, L. R. (1997) Modelling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support and depressive symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(2), 131-144.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. y Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M.A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., ... y Fredrickson, B.L. (2013). How positive emotions build physical health perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24(7), 1123-1132.

- Koopman, C., Angell, K., Turner-Cobb, J. M., Kreshka, M. A., Donnelly, P., McCoy, R., ... y Spiegel, D. (2001). Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. *The Breast Journal*, 7(1), 25-33.
- Labrador, F., Muñoz, M. y Cruzado, J. (1990). Medicina conductual. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, 641-651. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Lapan, S. D. y Quartaroli, M. T. (2009). *Research essentials: An introduction to designs and practices*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lazarus, R. S. y Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leuner B., Mendolia-Loffredo S. y Shors T. J. (2004). Males and females respond differently to controllability and antidepressant treatment. *Biological Psychiatry* 56, 964–970.
- Leventhal, H., Prochaska, T. R. y Hirschman, R. S. (1985). Preventive health behavior across the life span. En J.C. Rosen y L.J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
- Levy, S. M., Lee, J., Bagley, C. y Lippman, M. (1988). Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: Seven-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 520-528.
- Li C. I., Malone K. E. y Daling J. R. (2003). Differences in breast cancer stage, treatment, and survival by race and ethnicity. *Archives of Internal Medicine*, 163, 49-56.

- Lilja, A., Smith, G., Malmstrom, P. y Salford, L.G. (1998). Attitude towards aggression and creative functioning in patients with breast cancer. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 291–303.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. y Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
- Maier, S. F., Peterson, C. y Schwartz, B. (2000). From helplessness to hope: The seminal career of Martin Seligman. In J.E. Gillham (Ed.), *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E.P. Seligman* (pp. 11-37). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Maier, S. F. y Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3.
- Maier, S. F. y Testa, T. J. (1975). Failure to learn to escape by rats previously exposed to inescapable shock is partly produced by associative interference. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 88(2), 554-564.
- Mandil, A. (2009, enero). *Study Designs in Epidemiology (2)*. Seminario presentado en el First BA Regional Workshop on the Epidemiology of Diabetes & Other Non-Communicable Diseases, Alexandria, Egypt.
- Marian, M. (2013). Implications of learned helplessness in social problems and physical health. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, III(2), 7-10.
- Martín, M. (2005). PSICRON: Una metodología computarizada para optimizar la asistencia, la investigación y la docencia con pacientes con enfermedades crónicas. En P.E. Vera-Villaroel y L. A. Oblitas (Eds.), *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud*. Bogotá:

PSICOM.

Martinez - Valero, C. M. (2011). *Psico-oncología e indefensión aprendida: un estudio clínico*. (Tesis de doctorado). Editorial de la Universidad de Granada, España.

Martos – Montes, R (2012). Efectos de la exposición a estimulación aversiva incontrolable: indefensión aprendida [PDF Document]. Recuperado de <http://www4.ujaen.es/~rmartos/IA.PDF>.

Matlin, M. W. y Stang, D. J. (1978). *The Pollyanna principle*. Cambridge, MA: Sherkman.

McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B. y Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: a meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520-531.

Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H. y Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 736-745.

Meliá, J. L., Chisvert, M. y Pardo, E. (2001). Un Modelo Procesal de las Atribuciones y Actitudes ante los Accidentes de Trabajo: Estrategias de medición e intervención. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(1), 63-90.

Merrill, R. M. y Timmreck, T. C. (2006). *Introduction to Epidemiology*. (4<sup>th</sup> Edition). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Mikulincer, M. (1994). *Human learned helplessness: A coping perspective*. New York: Plenum Press.

- Milberg, A., Strang, P. y Jakobsson, M. (2004). Next of kin's experience of powerlessness and helplessness in palliative home care. *Support Care Cancer*, 12, 120-128.
- Miller, R. W. y Seligman, M. E. P. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228-238.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., ...y Dutcher, J. (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, 8(5), 378 – 385.
- Moch, S. D. (1988) Health in illness: Experiences with breast cancer. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.
- Monleón, T. (2010). Uso de la estadística en la oncología y la hematología. *Dipòsit Digital de la UB*, 1-18.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: A new approach*. London: Heinemann.
- Morales – Vallejo, P. (2013). El análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. Recuperado de; <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
- Möttus, R., McNeill, G., Jia, X., Craig, L. C., Starr, J. M. y Deary, I. J. (2013). The associations between personality, diet and body mass index in older people. *Health Psychology*, 32(4), 353.
- Mroczek, D. K., Spiro III, A., Aldwin, C. M., Ozer, D. J. y Bosse, R. (1993). Construct validation of optimism and pessimism in older men: Findings from the normative aging study. *Health Psychology*, 12, 406-409.



- Mundy, E. A., DuHamel, K. N. y Montgomery, G. H. (2003, Octubre). The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 253-275.
- Munizaga, P. y Yulis, C. (1992) Modificación de los estilos explicativos pesimistas hacia estilos más optimistas, aumentando la autoestima a través de una intervención cognitiva-conductual, en mujeres adolescentes de un COD de Santiago. Tesis para optar al grado de Licenciatura en psicología de la Universidad de Diego Portales, Santiago, Chile.
- National Cancer Institute. (2010). NCI Community Cancer Centers Program; Breast Cancer Survivorship Care Plan. Recuperado de, [Ncccp.cancer.gov/NCCCP-ASCO-Breast-Cancer-Surv-Care-Plan.pdf](http://Ncccp.cancer.gov/NCCCP-ASCO-Breast-Cancer-Surv-Care-Plan.pdf)
- Navas, C. y Villegas, H. (2006) Espiritualidad y salud. *Revista Ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Blissett, S. E. (1988). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 520-525.
- Nicassio, P. M., Wallston, K. A., Callahan, L. F., Herbert, M. y Pincus, P. (1985). The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis: the development of the Arthritis Helplessness Index. *Journal of Rheumatology*, 12, 462-467.
- Nogués Solán, X., Sorli Redó, M. y Villar García, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 138-141.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., y Seligman, M. E. P. (1986). Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435-442.

- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. y Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 405–422.
- Nord, C., Mykletun, A., Thorsen, L., Bjørø, T. y Fosså, S. D. (2005). Self-reported health and use of health care services in long-term cancer survivors. *International Journal of Cancer, 114*(2), 307-316.
- Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas, y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la salud*, 11-52. México: Plaza y Valdés.
- Oh, P. J. (2008). The effects of spirituality/hope promoting programs on fighting spirit, helplessness, anxiety, and self-care in people with cancer. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing, 20*(1), 65-76.
- Ollonen, P., Lehtonen, J. y Eskelinen, M. (2005). Anxiety, depression and the history of psychiatric symptoms in patients with breast disease: a prospective case–control study in Kuopio, Finland. *Anticancer Research, 25*, 2527-2534.
- Olson, D. R. (1983). *Causal attributions and perceptions regarding self and others in depressed and non-depressed subjects*. (Disertación doctoral no publicada). Oklahoma State University, Oklahoma, 9- 17.
- Omachi, T. A., Katz, P. P., Yelin, E. H., Iribarren, C., Knight, S. J., Blanc, P. D. y Eisner, M. D. (2010). The COPD Helplessness Index: a new tool to measure factors affecting patient self-management. *CHEST Journal, 137*(4), 823-830.
- Omachi, T. A., Sarkar, U., Yelin, E. H., Blanc, P. D. y Katz, P. P. (2013). Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of General Internal Medicine, 28*(1),

74-81.

Ordóñez, G.A. (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades. *Revista*

*Panamericana de Salud Pública*. 7(3), 137-147.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Commission Sobre Determinantes Sociales

de la Salud. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through*

*Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social*

*Determinants of Health Final Report*. World Health Organization (Ed.).

Geneva: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud, (OMS). (1980). *International Classification of*

*Impairments, Disabilities and Handicaps*. A manual of classification relating

to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud, (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para la*

*promoción de la Salud*. Disponible en

<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.

Organización Mundial de la Salud, (OMS). (1997). *International Classification of*

*Impairments, Activities and Participation*. A manual of dimensions of

disablement and functioning. Beta I draft for field trials. Geneva: World

Health Organization.

Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2012). *Rio Political Declaration*. Sixty-

fifth World Health Assembly (WHA) in Geneva, Switzerland.

Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2015). Health impact assessment;

Determinants of health. Recuperado de;

<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index8.html#>

- Ortiz, J., Ramos, N. y Vera-Villarroel, P. (2003). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicología*, 10(1), 119-134.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Overmier, J. B. (1968). Interference with avoidance behavior: Failure to avoid traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 78, 340-343.
- Overmier, J. B. y Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28-33.
- Padilla, A. M., Padilla, C., Ketterer, T. y Giacalone, D. (1970). Inescapable shocks and subsequent escape/avoidance conditioning in goldfish, *carassius auratus*. *Psychonomic Science*, 20(5), 295-296.
- Padilla, J. L., Garcia, A. S. y Gomez, J. (2007). Evaluación de cuestionarios mediante procedimientos cognitivos. *Avances en Medición*, 5, 115–126.
- Palesh, O., Aldridge-Gerry, A., Ulusakarya, A., Ortiz-Tudela, E., Capuron, L. y Innominato, P.F. (2013). Sleep Disruption in Breast Cancer Patients and Survivors. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(12), 1523-1530.
- Paranjape, A. y Kaslow, N. (2010). Family Violence Exposure and Health Outcomes Among Older African American Women: Do Spirituality and Social Support Play Protective Roles?. *Journal of Women's Health*, 19(10), 1899-1904.
- Pargament, K. I. y Hahn, J. (1986) God and the just world: causal and coping attributions to God in health situations. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 25(2), 193-207.

- Park, C. L., Cho, D., Blank, T. O. y Wortmann, J. H. (2013). Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1630-1638.
- Park, C. L. y Cohen, L. H. (1993) Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17(6), 561-577.
- Partridge, A. H., Winer, E. P. y Burstein, H. J. (2003). Follow-up care of breast cancer survivors. *Seminars in Oncology*, 30, 817-25.
- Pereyra - Lavandina, M. R. (1996). Desarrollo y validación de un instrumento de medición de la Esperanza-Desesperanza. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 42(3), 35-42.
- Pereyra - Lavandina, M.R. (2007). Esperanza-desesperanza, funcionamiento familiar y estilo de vida sana en un estudio intergeneracional. *Memorias*. 8(1) 91-104.
- Peterson, C. (1990). Explanatory style in the classroom and on the playing field. In S. Graham y V. S. Folkes (Eds.) *Attribution theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict* (pp. 53-75). Hillside, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Peterson, C. (1982). Learned helplessness and health psychology. *Health Psychology*, 1, 153-68.
- Peterson, C. (1988). Explanatory style as a risk factor for illness. *Cognitive Therapy and Research*, 12(2), 119-132.
- Peterson, C. (2000). The Future of Optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Peterson, C. y De Avila, M.E. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 128-132.

- Peterson, C., Luborsky, L. y Seligman, M. E. P. (1983). Depressive symptoms and unprompted causal attributions: Content analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 96- 103.
- Peterson, C., Maier, S. F. y Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C. y Park, C. (1998). Learned helplessness and explanatory style. In *Advanced personality* (pp. 287-310). US: Springer.
- Peterson, C. y Park, N. (2007). Explanatory style and emotion regulation. *Handbook of Emotion Regulation*, (pp. 159-179). New York: Guilford Press.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1985). The learned helplessness model of depression: Current status of theory and research. En Beckham, E. E. y Leber, W. R. (Eds.), *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research* (pp. 914–939). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Peterson, C., Seligman, M. E. P. y Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 23 – 27.
- Peterson, C., Seligman, M. E. P., Yurko, K. H., Martin, L. R. y Friedman, H. S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 9, 49-52.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287–299.

- Peterson, C. y Steen, T. A. (2009). Optimistic explanatory style. In C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., 313-321). New York: Oxford University Press.
- Peterson, C. y Villanova, P. (1988). An expanded attributional style questionnaire. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 87-89.
- Petticrew, M., Bell, R., y Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal, 325*(7372), 1066.
- Pincus, T., Callahan, L. F. y Burkhauser, R.V. (1987). Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18–64 United States population. *Journal of Chronic Diseases, 40*(9), 865-874.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J. y Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica, 15*(1), 43-74.
- Presser, S., Couper, M. P., Lessler, J. T., Martin, E., Martin, J., Rothgeb, J. M. y Singer, E. (2004). Methods for testing and evaluating survey questions. *Public Opinion Quarterly, 68*(1), 109-130.
- Quinless, F. W. y Nelson, M. A. M. (1988). Development of a measure of learned helplessness. *Nursing Research, 37*(1), 11-15.
- Raps, C. S., Peterson, C., Jonas, M. y Seligman, M. E. P. (1982). Patient behavior in hospitals: Helplessness, reactance, or both?. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*(6), 1036-1041.

- Razavi, D. y Stiefel, F. (1999). Psychiatric disorders in cancer patients. En J. Klostevsky, S.C. Schimpff y H.J. Senn (Eds.), *Supportive care for cancer: A handbook for oncologists*, 2nd ed., (pp. 345–369). New York: Marcel Dekker.
- Registro Central de Cáncer de Puerto Rico. (2013). *Sobrevivientes de cáncer en Puerto Rico: Una guía informativa sobre aspectos relacionados a la sobrevivencia de cáncer*. Recuperado de;  
[http://purificar.rcm.upr.edu/sobrevivientes\\_nov\\_2013.pdf](http://purificar.rcm.upr.edu/sobrevivientes_nov_2013.pdf)
- Reivich, K. (1995). The measurement of explanatory style. En Buchanan, G. M., y Seligman, M. (Eds.). (2013). *Explanatory style*, (pp. 21-47). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Reynolds, P., Boyd, P. T., Blacklow, R. S., Jackson, J. S., Greenberg, R. S., Austin, D. F., ... y Edwards, B. K. (1994). The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. National Cancer Institute Black/White Cancer Survival Study Group. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 3(3), 253-259.
- Rivers, B. M., Underwood, S. M. y Jones, R. A. (2007). A review of theories relevant to the detection and control of prostate cancer in African American men. *The Journal of Theory Construction and Testing*, 11(1), 22-29.
- Ross, L., Boesen, E. H., Dalton, S. O. y Johansen, C. (2002). Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being?. *European Journal of Cancer*, 38(11), 1447-1457.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 16-69.



- Rowland, J. H. y Yancik, R. (2006). Cancer survivorship: the interface of aging, comorbidity, and quality care. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(8), 504-505.
- Salgado, A. C. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Revista Liberabit*, 15(2), 133-141.
- Sand, L., Strang, P. y Milberg, A. (2008). Dying cancer patients' experiences of powerlessness and helplessness. *Supportive Care in Cancer*, 16(7), 853-862.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-47.
- Scheier, M. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and Physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M. F. y Carver C. S. (1993). On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Psychological Science*, 2, 26-30.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A. y Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and

- psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1024.
- Scheier, M., Weintraub, J. K. y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Schneider, J. S. (1980). Hopelessness and helplessness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 18(3), 12-21.
- Seeman, M. y Anderson, C. S. (1983). Alienation and alcohol: the role of work, mastery, and community in drinking behavior. *American Sociological Review*, 48, 60-77.
- Segerstrom, S., Mc Carthy, W., Caskey, N., Gorrs, T. y Murray, E. (1993). Optimistic bias among cigarette smokers. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1606-1618.
- Segerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M. y Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.
- Seligman, M. E. P. (1974). Depression and learned helplessness. En Friedman, R. J. y Katz, M. M. (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 83–113). Washington, DC: Winston.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression development and death*. San Francisco: WH Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1992). *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Aprenda optimismo*. Barcelona, España: Grijalbo Mondadori.

- Seligman, M. E. P. (2003). *La Auténtica Felicidad*. Madrid: Ediciones B.
- Seligman, M. E. P. (2007). Positive psychology Questionnaires. University of Pennsylvania, Positive Psychology Center. Recuperado de,  
<http://www.ppc.sas.upenn.edu/ppquestionnaires.htm>.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Random House LLC.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1) 5-14.
- Seligman, M.E.P. y Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tenenbaum, R. L., Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235–241.
- Seligman, M. E. P. y Visintainer, M. A. (1985). Tumor rejection and early experience of uncontrollable shock in the rat. En F.R. Brushand J. B. Overmier (Eds.), *Affect, conditioning and cognition: Essays on the determinants of behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seward, J. P. y Humphrey, G. L. (1967). Avoidance learning as a function of pretraining in the cat. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63(2), 338-341.
- Shavers V. L. y Brown M. L. (2002) Racial and ethnic disparities in the receipt of cancer treatment. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 334-357.
- Shavers V. L., Harlan L. C. y Stevens J. L. (2003). Racial / ethnic variation in clinical presentation, treatment, and survival among breast cancer patients under age 35. *Cancer*, 97, 134-147.

- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R. y Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 460.
- Sitharthan, G., Hough, M. J., Sitharthan, T. y Kavanagh, D. J. (2001). The alcohol helplessness scale and its prediction of depression among problem drinkers. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1445-1457.
- Sklar, L. S. y Anisman, H. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. *Science*, 205(4405), 513-515.
- Smallheer, B. A. (2011). *Learned helplessness and depressive symptoms in patients following acute myocardial infarction*. (Disertación Doctoral). Vanderbilt University, Nashville, Tennessee.
- Smith, P., Caputi, P. y Crittenden, N. (2013). Measuring optimism in organizations: development of a workplace explanatory style questionnaire. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 415-432.
- Snijkers, G. J. (2002). *Cognitive laboratory experiences: On pre-testing computerized questionnaires and data quality*. Tesis doctoral no publicada. University of Utrecht, The Netherlands.
- Sofaer, S. (2002). Qualitative research methods. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4), 329-336.
- Šprah, L. y Šoštarič, M. (2004). Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiology and Oncology*, 38(1), 35-42.
- Stein, M. J., Wallston, K. A. y Nicassio, P. M. (1988). Factor structure of the Arthritis Helplessness Index. *Journal of Rheumatology*, 15, 27-32

- Stricker, C. T. (2007). Endocrine effects of breast cancer treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 55-70.
- Sullivan, D. R., Liu, X., Corwin, D. S., Verceles, A. C., McCurdy, M. T., Pate, D. A., ... y Netzer, G. (2012). Learned helplessness among families and surrogate decision-makers of patients admitted to medical, surgical, and trauma ICUs. *CHEST Journal*, 142(6), 1440-1446.
- Sumi, K. (1997). Optimism, social support, stress, and physical and psychological well-being in Japanese women. *Psychological Reports*, 81, 299-306.
- Tacconelli, E., Peschel, A. y Autenrieth, I. B. (2014). Translational research strategy: an essential approach to fight the spread of antimicrobial resistance. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 69(6), 1-3.
- Tapper, V. J. (1999). Psychotherapeutic trials specific to women with breast cancer: The state of the science. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(3/4), 85-99.
- Tayer, W. G., Nicassio, P. M., Radojevic, V. y Krall, T. (1996). Pain and helplessness as correlates of depression in systemic lupus erythematosus. *Brithish Journal of Health Psychology*, 1, 253-262.
- Terradez Gurrea, M. (2003). Análisis de componentes principales. Proyecto e- Math, Universidad Abierta de Catalunya.
- Torres Jiménez, A., Robert, A., Tejero, A., Boget, T. y Pérez de los Cobos, J. (2006). Indefensión aprendida y dependencia de sustancias. *Trastornos Adictivos*, 8(3), 168-175.
- Tortolero-Luna, G., Zavala-Zegarra, D., Pérez-Ríos, N., Torres-Cintrón, C. R., Ortiz-Ortiz, K. J., Traverso-Ortiz, M., Román-Ruiz, Y., ... y Pérez-Rosa, N. (2013). *Cancer in Puerto Rico, 2006-2010*. Registro Central de Cancer de Puerto Rico. San Juan, P. R.

- Turnock, B. (2012). *Public health: What it is and how it works*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers LLC.
- Van der Pompe, G., Antoni, M., Visser, A. y Garssen, B. (1996). Adjustment to breast cancer: The psychobiological effects of psychosocial interventions. *Patient Education and Counseling*, 28(2), 209-219.
- Velbinger, K., De Vry, J., Jentsch, K., Eckert, A., Henn, F. y Müller, W. E. (2000). Acute stress induced modifications of calcium signaling in learned helpless rats. *Pharmacopsychiatry*, 33(4), 132-137.
- Vera-Villarreal, P. E. y Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31(2), 271-289.
- Vicente Pérez, F. (2010). *Psicología del aprendizaje*. Ed. Síntesis.
- Vicuña, L. A., Tarazona, M. P., Valz, H. H. y Narro, R. S. (2001). Concordancia entre la facultad académica a la que pertenece el alumno con los intereses vocacionales y con los estilos atribucionales de las causas que determinaron el ingreso a la UNMSM en el concurso de admisión 2000. *Revista de Investigación en Psicología*, 4(1), 85-108.
- Viganó, A., Bruera, E., Jhangri, G. S., Newman, S. C., Fields, A. L. y Suarez-Almazor, M. E. (2000). Clinical survival predictors in patients with advanced cancer. *Archives of Internal Medicine*, 160, 861-868.
- Viñas Poch, F. y Caparrós Caparrós, B. (2000). Psicobiología, Neuropsicología y Desórdenes Emocionales. Optimismo y salud: relación entre orientación vital (optimismo-pesimismo) y utilización de los recursos asistenciales sanitarios. I er Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa58/poster/58\\_pos\\_b.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa58/poster/58_pos_b.htm)

- Visintainer, M. A., Madelon A. y Seligman, M. E. (1982). Tumor rejection in rats after inescapable or escapable shock. *Science*, 216(4544), 437-439.
- Vollmayr, B. y Gass, P. (2013). Learned helplessness: unique features and translational value of a cognitive depression model. *Cell and Tissue Research*, 354(1), 171-178.
- Walker, L. E. (2000). *The battered woman syndrome*. New York: Sage Publishers.
- Wallston, K. A., Smith, R. A. P., King, J. E., Smith, M. S., Rye, P. y Burish, T. G. (1991). Desire for control and choice of antiemetic treatment for cancer chemotherapy. *Western Journal of Nursing Research*, 13(1), 12-29.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M. y Tunmore, R. (1991). Relationship between emotional control, adjustment to cancer, depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Wu, Z., Schimmele, C. M., y Chappell, N. L. (2012). Aging and late-life depression. *Journal of Aging and Health*, 24(1), 3-28.
- Yela-Bernabe J. R. (1992). Indefensión aprendida en sujetos humanos y su inmunización. Influencia del estilo atribucional y de los programas de reforzamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(3), 301-321.
- Zullow, H. M., Oettingen G., Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1988). Pessimistic explanatory style in the historical record: CAVing LBJ, presidential candidates, and East versus West Berlin. *American Psychologist*, 43, 673-682.

**ANEXOS**



**ANEXO A: Cartas de aprobación del IRB**



Institutional Review  
Board (IRB)

*Ponce School of Medicine & Health Sciences*  
PO Box 7004, Ponce, PR 00732-7004

Tel: (787) 840-2575 Ext. 2158  
Fax: (787) 841-1040

April 3, 2013

Dr. Miguel Marrero Medina  
MPH Program  
Ponce School of Medicine & Health Sciences  
Ponce, PR 00732

Dear Dr. Marrero:

This is to certify that you are Co-investigator in the approved protocol entitled "Factors Associated to the Health Care among Breast Cancer Survivors", submitted by Dr. Himilce Vélez. This protocol was approved on February 17, 2010 and reactivated on February 13, 2013.

Thank you for your cooperation.

Cordially,

Simón E. Carlo, M.D.  
IRB Chairman

mcs



PONCE SCHOOL OF MEDICINE

P.O. BOX 7004 - PONCE, PUERTO RICO 00732-7004

Tel. (787) 840-2575  
Fax (787) 841-1040

February 17, 2010

Prof. Himilce Vélez Almodóvar  
Public Health Program  
Ponce School of Medicine  
Ponce, PR 00732

RE: Protocol No. 100216-HV

Dear Prof. Vélez:

This is to acknowledge that IRB received and reviewed your protocol entitled  
"Factors Associated to the Health Care among Breast Cancer Survivors".

This protocol meets the exemption criteria 6-2.

We wish you luck in this study.

Cordially,

---

Simón E. Carlo, M.D.  
IRB Chairman

mcs



PONCE RESEARCH INSTITUTE  
Institutional Review Board

March 4, 2015

Prof. Himilce Vélez Almodóvar  
Public Health Program  
Ponce School of Medicine & Health Sciences  
Ponce, PR 00732

RE: Protocol No. 100216-HV

Dear Prof. Vélez:

This is to acknowledge that IRB received and reviewed your letter requesting reactivation of protocol entitled "Factors Associated to the Health Care among Breast Cancer Survivors".

This protocol meets the exemption criteria 6-2.

This approval is valid only one year maximum, and if any information arises that IRB should know regarding the modification or event, please inform us as soon as possible.

Thank you for your cooperation.

Cordially,

Simon E. Carlo, M.D.  
IRB Chairman

mcs

**ANEXO B: Cuestionario Factores Asociados**



***ESCUELA DE MEDICINA DE PONCE***  
***Programa de salud Pública***

***FACTORES ASOCIADOS AL CUIDADO DE SALUD EN MUJERES  
SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA***

***CUESTIONARIO***

*Fecha de la entrevista* \_\_\_\_\_

*Hora de inicio* \_\_\_\_\_

*Número de entrevistador* \_\_\_\_\_

*Número de control* \_\_\_\_\_

*Este cuestionario es para conocer sus experiencias como paciente o ex paciente de cáncer de mama durante su cuidado de salud. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo queremos conocer su opinión. Empezaremos por conocer algunas de sus características personales.*

**A. CARACTERISTICA DEMOGRÁFICAS**

**A1. ¿En qué año nació?** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su edad?** \_\_\_\_\_ años

**A2. ¿En dónde nació usted?**

(1) Puerto Rico

(2) Estados Unidos

(3) Otro país, (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**A3. ¿En qué pueblo vive usted?** \_\_\_\_\_

**A4. ¿Con quién vive? (MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN)**

\_\_\_\_\_ Vivo sola      \_\_\_\_\_ Esposo o pareja      \_\_\_\_\_ Hijo o Hijas

\_\_\_\_\_ Padres      \_\_\_\_\_ Hermanas o Hermanos      \_\_\_\_\_ Nietos o Nietas

\_\_\_\_\_ Suegros      \_\_\_\_\_ Otros familiares      \_\_\_\_\_ Amigos

\_\_\_\_\_ Otros, especifique \_\_\_\_\_

**A5. ¿Cuál es su estado civil actual? (LEA LAS ALTERNATIVAS)**

(0) Nunca casada

(1) Casada

(2) Pareja de hecho/Unión consensual

(3) Divorciada/Separada

(4) Viuda

**A6. ¿Cuál fue el último grado de escuela que usted completó?** \_\_\_\_\_ (ESCRIBA EL NÚMERO EN EL ESPACIO PROVISTO)

00 No fui a la Escuela

01 – 12 (PRIMERO A CUARTO AÑO)

13 Grado asociado

14 años de universidad pero no termine ningún grado

15 Bachillerato

16 Estudios graduados

17 Otros, (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**A7. ¿Cuántas horas a la semana usted dedica a un trabajo por el que se le paga?**

\_\_\_\_\_ horas

00 No tengo trabajo por el que se me paga

80. Retirado

90. Incapacitado

**Tesis**

**A8. ¿De dónde provienen sus ingresos? (LEA LAS ALTERNATIVAS. MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN)**

- ☐ Su salario o el de su pareja
  - ☐ Seguro Social
  - ☐ Pensión o Retiro
  - ☐ Ayuda económica de hijos o hijas
  - ☐ Ayuda económica de los padres
  - ☐ Ayuda económica de familiares
  - ☐ Ayuda económica del gobierno
  - ☐ Rentas del alquiler de propiedad o viviendas
  - ☐ Negocio propio
  - ☐ Otras fuentes, (ESPECIFIQUE)
- 

**A9. Aproximadamente, ¿Cuánto dinero entra a su hogar mensualmente considerando todas las fuentes de ingreso? \$\_\_\_\_\_ mensual**

**A10. ¿Es su ingreso suficiente para pagar sus gastos mensuales?**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

**A11. ¿Tiene usted algún seguro de salud/plan médico actualmente?**

- (0) No
- (1) Público (reforma)
- (2) Privado
- (3) Medicare Clásico
- (4) Medicare Advantage
- (5) Otro, (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**A12. ¿Participa de actividades religiosas o espirituales tales como alabar o congregarse en una iglesia, centro o salón espiritual? (LEA LAS ALTERNATIVAS)**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca (fechas importantes)
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre (Una vez a la semana o más)

**A13. ¿Tiene momentos individuales para rezar, orar, meditar o reflexionar sobre asuntos espirituales?**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

**A14. ¿Con qué religión se identifica?**

- (0) Ninguna religión
- (1) Cristiano católico
- (2) Cristiano, (ESPECIFIQUE OTRA DENOMINACIÓN)
- (3) Otra religión, (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**A15. ¿Toma cursos, talleres, seminarios con el propósito de ampliar conocimiento o desarrollarse profesionalmente? (LEA LAS ALTERNATIVAS.)**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

**A16. ¿Cuál es su medio de transporte más frecuente?**

- (1) Carro propio
- (2) Carro de algún familiar
- (3) Carro de amigos o vecinos
- (4) Transporte público (guaguas)
- (5) Transporte privado (taxi/pagando)
- (6) Trolley
- (7) Otros, (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**A17. Cuando va a gestiones relacionadas a su salud, ¿Cuál es su medio de transporte más frecuente?**

- (1) Carro propio
- (2) Carro de algún familiar
- (3) Carro de amigos o vecinos
- (4) Transporte del gobierno (estatal/municipal)
- (5) Transporte público (guaguas)
- (6) Transporte privado (taxi/pagando)
- (7) Trolley
- (8) Otros, (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**A18. Cuando va a asuntos relacionados a su salud, ¿lleva una lista de preguntas o asuntos para consultarla con el médico/profesional de la salud? (LEA LAS ALTERNATIVAS.)**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

**A19. Cuando va a asuntos relacionados a su salud, ¿toma notas de la información que el profesional de la salud le da?**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

**A20. ¿Tiene usted copia de sus documentos e historial médico? (LEA LAS ALTERNATIVAS.)**

- (0) Ninguno
- (1) Casi ninguno
- (2) Algunos
- (3) Casi todos
- (4) Todos

**A21. ¿Lleva con usted los nombres y teléfonos de sus médicos? (LEA LAS ALTERNATIVAS.)**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

### **B. CARACTERISTICAS CLÍNICAS**

*Ahora vamos a conversar sobre pruebas y tratamientos relacionados a su diagnóstico de cáncer.*

**B1. ¿Cuál fue la fecha de su diagnóstico de cáncer de mama (seno)?** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

mes / año

**B2. ¿Qué edad tenía cuando se le diagnosticó cáncer de mama?** \_\_\_\_\_ años

**B3. De las siguientes situaciones cual describe mejor su primera reacción al momento que le dieron el diagnóstico de cáncer:**

- (1) Ir a buscar ayuda o información de lo que me estaba pasando.
- (2) Esperar a que el médico me dijera cual eran los pasos a seguir.
- (3) Me fui de compras o al cine para despejarme de la situación.
- (4) No tuve ninguna reacción, me quede en blanco.
- (5) Otra, (ESPECIFIQUE)

\_\_\_\_\_

**B4. Cuando le dieron el diagnóstico de cáncer, ¿busco una segunda opinión?**

- (0) No
- (1) Sí
- (8) No recuerdo



**Tesis**

<b>B5. ¿Ha tenido alguno de los siguientes tratamientos/procedimientos para el cáncer de mama?</b>	<b>NO (0)</b>	<b>Sí, actualmente (1)</b>	<b>Sí, en el pasado (2) ¿Hace cuánto fue su último tratamiento?</b>	<b>No sé (9)</b>
Quimioterapia			_____ meses _____ años	
Radioterapia			_____ meses _____ años	
Hormonal			_____ meses _____ años	
Cirugía parcial			_____ meses _____ años	
Cirugía total (mastectomía)			_____ meses _____ años	
Cirugía de reconstrucción de seno			_____ meses _____ años	
Otro, _____ (ESPECIFIQUE)			_____ meses _____ años	

**B6. ¿Ha recibido tratamiento de cáncer en los Estados Unidos?**

(0) No

(1) Sí; ¿en qué estado? \_\_\_\_\_

**B7. ¿Ha recibido tratamiento de cáncer en algún otro país?**

(0) No

(1) Sí; ¿en qué país? \_\_\_\_\_

**B8. ¿Necesita una reconstrucción del seno?**

(0) No

(1) Sí

**B9. ¿Ha buscado información sobre la operación de reconstrucción del seno?**

(0) No

(1) Sí

**B10. ¿Algún médico le ha comunicado que se encuentra en la etapa de remisión (que ya no tiene señales de la enfermedad)?**

(0) No

(1) Sí, ¿cuánto tiempo lleva en remisión? \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años 888 No  
recuerdo 999 No sé

(8) No recuerdo

(9) No sé

**B11. ¿Estuvo sin cáncer por un tiempo y le volvieron a decir que el cáncer había vuelto?  
(¿Ha tenido recurrencia de cáncer del seno?)**

(0) No

(1) Sí

(9) No sé

**B12. Después de su diagnóstico de cáncer de mama, ¿se le ha diagnosticado otro tipo de cáncer?**

- (0) No  
(1) Sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**B13. Después del diagnóstico de cáncer de mama, ¿Usted se ha sentido deprimido o triste por dos semanas consecutivas o más?**

- (0) No  
(1) Sí  
(8) No recuerdo  
(9) No sé

**B14. ¿Algún médico le ha dicho que tiene depresión?**

- (0) No  
(1) Sí  
(8) No recuerdo  
(9) No sé

**B15. Después del diagnóstico de cáncer, ¿Usted se ha sentido inquieto, nervioso o lleno de angustia por dos semanas consecutivas o más?**

- (0) No  
(1) Sí  
(8) No recuerdo  
(9) No sé

**B16. ¿Algún médico le ha dicho que padece de ansiedad?**

- (0) No  
(1) Sí  
(8) No recuerdo  
(9) No sé

*A continuación le voy a presentar una serie de situaciones relacionadas a sus patrones de sueño durante el último mes. Las mismas se contestan mediante una escala que va desde 0 que significa NUNCA hasta el 4 que significa SIEMPRE. Indique el número que mejor represente o más se acerque a su realidad.*

*0 – Nunca, 1 - Casi nunca, 2 - Algunas veces, 3 - Casi siempre, 4 – Siempre*

B17. En el último mes,	0	1	2	3	4
¿ha podido dormir al menos siete horas diarias?	0	1	2	3	4
¿siente que ha dormido bien y se levanta descansada en las mañanas?	0	1	2	3	4
¿le cuesta trabajo quedarse dormida en las noches?	0	1	2	3	4
¿se despierta en varias ocasiones durante la noche?	0	1	2	3	4
¿se levanta en la mañana con la sensación de no haber descansado bien?	0	1	2	3	4
¿hace siesta durante el día, por lo menos de 15 a 30 minutos?	0	1	2	3	4
¿se mantiene con sueño durante el día?	0	1	2	3	4

Tesis

**B18. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida?**

- (0) No (PASE A LA PREGUNTA B20)
- (1) Sí
- (8) No recuerdo
- (9) No sé

**B19. ¿Fuma actualmente?**

- (0) No
- (1) Sí

**B20. Peso** \_\_\_\_\_ **lbs**                      **Estatura** \_\_\_\_\_ **pies** \_\_\_\_\_ **pulgadas**

**B21. Después del diagnóstico de cáncer de mama, ¿su vida sexual se vio afectada?**

- (0) No
- (1) Sí
- (9) No sé

*A continuación voy a preguntar sobre su cuidado de salud. El plan de seguimiento para el cuidado de salud después del diagnóstico del cáncer es la guía para las evaluaciones médicas frecuentes. Esto incluye la revisión del historial médico, examen físico y pruebas médicas.*

**B22. Actualmente, ¿está siguiendo un plan de seguimiento para su cuidado de salud?**

- (0) No (PASE A LA PREGUNTA B25)
- (1) Sí

**B23. ¿Quién le explicó su plan de seguimiento para el cuidado de su salud?**

- (1) Nadie
- (2) Médico
- (3) Enfermera
- (4) Educador en Salud
- (5) Trabajador Social
- (6) Otro profesional de salud \_\_\_\_\_
- (7) Amigos/Familiares
- (8) Por mi misma, buscando información

**B24. En su opinión, ¿ha podido llevar a cabo el cuidado de su salud de acuerdo al plan de seguimiento?**

- (0) No
- (1) Sí, parcialmente
- (2) Sí, completamente
- (3) No sé

**B25. Actualmente, ¿qué tipo de médico es responsable principalmente de sus asuntos de salud?**

- (1) Oncólogo
- (2) Internista
- (3) Generalista/Médico de Familia
- (4) Ginecólogo
- (5) Otro, (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**B26. ¿Cuántas veces fue al médico a cargo del cuidado de su salud en los últimos doce meses?** \_\_\_\_\_

**B27. ¿Cuándo fue su última mamografía?** \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

**B28. ¿Cuántas mamografías le hicieron en los últimos doce meses?** \_\_\_\_\_

<b>B29. Después del diagnóstico del cáncer, se ha hecho alguna de las siguientes pruebas.....?</b>	<b>No (0)</b>	<b>Sí, ¿hace cuánto fue la última vez? (1)</b>	<b>No sé (9)</b>
Marcador tumoral para cáncer de mama		_____ días _____ meses _____ años	
Bone scan		_____ días _____ meses _____ años	
PET scan		_____ días _____ meses _____ años	
CT scan		_____ días _____ meses _____ años	
MRI		_____ días _____ meses _____ años	
Placa de Pecho		_____ días _____ meses _____ años	
CBC (prueba de sangre)		_____ días _____ meses _____ años	
Sonograma Hígado		_____ días _____ meses _____ años	

<b>B30. Después del diagnóstico del cáncer, se ha hecho alguna de las siguientes pruebas para detectar otros tipos de cáncer.....?</b>	<b>No (0)</b>	<b>Sí, ¿hace cuánto fue la última vez? (1)</b>	<b>No sé (9)</b>
Colonoscopia		_____ días _____ meses _____ años	
Endoscopia		_____ días _____ meses _____ años	
Pap		_____ días _____ meses _____ años	
Examen pélvico		_____ días _____ meses _____ años	
Marcadores tumorales		_____ días _____ meses _____ años	
Revisión de la boca para detectar cáncer		_____ días _____ meses _____ años	

<b>B31. Después del diagnóstico del cáncer, ¿algún profesional de la salud le ha orientado sobre....?</b>	<b>No (0)</b>	<b>Sí (1)</b>	<b>No sé (9)</b>
Control de peso			
Salud Mental			
Cesación de fumar (Dejar de fumar)			
Factores de riesgo genéticos			
Ejercicios y actividad física			
Plan de alimentación			
Efectos secundarios del tratamiento			
Manejo de dolor			

**Tesis**

<b>B32. Durante el último año,</b>	<b>No (0)</b>	<b>Sí (1)</b>	<b>No sé (9)</b>
¿ha visitado a su médico primario, de familia o generalista para hacerse el examen físico general?			
¿se ha puesto usted la vacuna de la influenza?			
¿ha recibido una evaluación nutricional?			
¿ha ido a hacerse un examen de la vista o de los ojos?			
¿ha visitado el dentista para una visita de rutina?			
¿se ha hecho densitometría ósea?			
¿se ha hecho la prueba de glucosa?			
¿se ha hecho la prueba de colesterol?			
¿ha recibido terapia física?			
¿ha recibido terapia ocupacional?			
¿se ha puesto la vacuna de neumococo?			
¿se ha puesto la vacuna contra la influenza A H1N1?			

**B33. Después del diagnóstico, ¿ha utilizado terapias naturales, alternativas o complementarias para curar el cáncer?**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

**B34. Después del diagnóstico, ¿ha utilizado terapias naturales, alternativas o complementarias para aliviar los efectos secundarios del tratamiento?**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

**B35. Actualmente, ¿utiliza terapias naturales, alternativas o complementarias?**

- (0) Nunca
- (1) Casi nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

### C. USO Y ADHERENCIA DE MEDICAMENTOS

A continuación le presentamos una serie de situaciones relacionados al consumo de medicamentos. Las mismas se contestan mediante una escala del 0 al 4. Donde 0 significa NUNCA y 4 significa SIEMPRE. Indique el número que mejor represente su realidad.

Situaciones relacionados al consumo de medicamentos	0	1	2	3	4
<b>C1.</b> Cuando le recetan un medicamento, ¿deja de tomárselos al sentir que se mejoran los síntomas de la enfermedad?	0	1	2	3	4
<b>C2.</b> ¿Toma sus medicamentos (cualquier medicamento recetado por el doctor) a la hora indicada por el médico?	0	1	2	3	4
<b>C3.</b> ¿Lleva con usted una lista de los medicamentos que utiliza?	0	1	2	3	4
<b>C4.</b> ¿Alguna vez se le ha olvidado tomar alguno de los medicamentos recetados?	0	1	2	3	4
<b>C5.</b> ¿Ha decidido o preferido no tomar alguno de los medicamentos recetados relacionados al tratamiento de cáncer?	0	1	2	3	4

**C6. ¿Ha tomado o está tomando tamoxifen (nolvadex)?**

(0) No (PASE A LA PREGUNTA C9)

(1) Sí, actualmente; ¿por cuánto tiempo la ha tomado?

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

(2) Sí, en el pasado; ¿por cuánto tiempo lo tomó?

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

Las próximas dos preguntas se contestan con la escala del 0 al 4; 0 significa NUNCA y 4 significa SIEMPRE.

Adherencia al tamoxifen	0	1	2	3	4
<b>C7.</b> ¿Alguna vez se le ha olvidado tomar el tamoxifen o nolvadex?	0	1	2	3	4
<b>C8.</b> ¿Alguna vez ha decidido o preferido no tomar el tamoxifen o nolvadex?	0	1	2	3	4

**C9. ¿Ha tomado o está tomando Arimidex, Aromasin o Femara?**

(0) No (PASE A LA PREGUNTA C12)

(1) Sí, actualmente; ¿por cuánto tiempo la ha tomado?

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

(2) Sí, en el pasado; ¿por cuánto tiempo lo tomó?

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

Las siguientes dos preguntas se contestan con la escala del 0 al 4; 0 significa NUNCA y 4 significa SIEMPRE.

Adherencia al Arimidex, aromasin, femara	0	1	2	3	4
<b>C10.</b> ¿Alguna vez se le ha olvidado tomar el arimidex, aromasin o femara?	0	1	2	3	4
<b>C11.</b> ¿Alguna vez ha decidido o preferido no tomar el arimidex, aromasin o femara?	0	1	2	3	4

**C12. ¿Ha tomado medicamentos para controlar los calores repentinos (“hot flashes”)?**

(0) No

(1) Sí, actualmente; **¿por cuánto tiempo la ha tomado?**

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

(2) Sí, en el pasado; **¿por cuánto tiempo lo tomó?**

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

*A continuación le presentaremos una lista de tipos de medicamentos que algunas personas diagnosticadas con cáncer utilizan. Favor de indicarme si ha utilizado alguno de estos medicamentos después de su diagnóstico de cáncer y si actualmente los está utilizando.*

<b>C13. Después del diagnóstico de cáncer, ¿Ha utilizado medicamentos como / para _____?</b>	No (0)	Sí, actualmente (1)	Sí, en el pasado (2)
Analgésicos (Dolor)			
Antibióticos			
Problemas gastrointestinales (intestino, estómago, esófago)			
Problemas con la vejiga			
Problemas de sueño			
Hipertensión			
Problemas cardíacos			
Problemas dermatológicos			
Antiinflamatorios			
Problemas respiratorios (Asma, tos, gripe)			
Antidepresivos			
Medicamentos para controlar o reducir los síntomas de la menopausia			
Vitaminas/Suplementos			
Otros _____ Especifique			

**D. CUESTIONARIO DE ESTILO ATRIBUCIONAL**

*A continuación se le presentan cuatro situaciones. Nos gustaría que usted se imaginara estar en esas situaciones. Decida cuál sería el motivo principal de cada una de ellas.. Conteste tres preguntas que pueden ser contestadas en una escala del uno al siete. Indique el número que mejor represente su sentir.*

**TE ENCUENTRAS CON UN AMIGO O AMIGA QUE TE HACE UN CUMPLIDO POR TU APARIENCIA**

1. ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_
2. ¿Es el motivo del cumplido debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o con las circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)
- |  |               |                           |
|--|---------------|---------------------------|
| Totalmente debido a<br>otras personas o circunstancias | 1 2 3 4 5 6 7 | Totalmente<br>debido a mí |
|--|---------------|---------------------------|
3. En el futuro, cuando recibas un cumplido, ¿este motivo volverá a estar presente?
- |                             |               |                            |
|-----------------------------|---------------|----------------------------|
| No estará<br>presente nunca | 1 2 3 4 5 6 7 | Estará presente<br>siempre |
|-----------------------------|---------------|----------------------------|
4. ¿Es el motivo algo que solo influye cuando recibes cumplidos por tu apariencia o influye en otras áreas de tu vida?
- |   |               |   |
|---|---------------|---|
| Sólo influye<br>en esta<br>situación particular | 1 2 3 4 5 6 7 | Influye en<br>todas las situaciones<br>de mi vida |
|---|---------------|---|

**HAS ESTADO BUSCANDO TRABAJO SIN ÉXITO POR ALGÚN TIEMPO**

5. ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_
6. ¿Es el motivo de buscar trabajo sin éxito debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)
- |  |               |                           |
|--|---------------|---------------------------|
| Totalmente debido a<br>otras personas o circunstancias | 1 2 3 4 5 6 7 | Totalmente<br>debido a mí |
|--|---------------|---------------------------|
7. En el futuro, cuando busques trabajo, ¿este motivo volverá a estar presente?
- |                             |               |                            |
|-----------------------------|---------------|----------------------------|
| No estará<br>presente nunca | 1 2 3 4 5 6 7 | Estará presente<br>siempre |
|-----------------------------|---------------|----------------------------|
8. ¿Es este motivo algo que sólo influye en buscar trabajo o influye también en otras áreas de tu vida?
- |   |               |   |
|---|---------------|---|
| Sólo influye<br>en esta<br>situación particular | 1 2 3 4 5 6 7 | Influye en<br>todas las situaciones<br>de mi vida |
|---|---------------|---|



**TE HACES MUY RICO**

**9.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**10.** ¿Es el motivo de hacerte rico debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**11.** En el futuro, si te conviertes en alguien más rico, ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**12.** ¿Es el motivo algo que sólo influye para hacerte rico o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

**UN AMIGO O AMIGA SE ACERCA A TI CON UN PROBLEMA Y TÚ NO INTENTAS  
AYUDARLO O AYUDARLA**

**13.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**14.** ¿Es el motivo para no ayudar debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**15.** En el futuro, cuando te pidan ayuda, ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**16.** ¿Es el motivo algo que sólo influye en ayudar a amigos o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

**DAS UNA CHARLA IMPORTANTE A UN GRUPO Y LA AUDIENCIA REACCIONA  
NEGATIVAMENTE**

**17.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**18.** ¿Es el motivo de la reacción negativa de la audiencia debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**19.** En el futuro, cuando hables frente a grupos ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**20.** ¿Es el motivo algo que sólo influye en como las audiencias reaccionan ante ti o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

**PREPARAS UN PROYECTO QUE ES ALTAMENTE ELOGIADO**

**21.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**22.** ¿Es el motivo de que seas elogiado debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**23.** En el futuro, cuando recibas un elogio ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**24.** ¿Es el motivo algo que sólo influye al recibir elogios por proyectos o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

**TE ENCUENTRAS CON UN AMIGO O AMIGA QUE SE COMPORTA AGRESIVAMENTE  
CONTIGO**

**D25.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**D26.** ¿Es el motivo por el que tu amigo se comporte de forma agresiva contigo debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**D27.** En el futuro, cuando te relaciones con los amigos ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**D28.** ¿Es este motivo algo que solo influye en como los amigos se comportan contigo o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

**NO HAS PODIDO HACER TODO EL TRABAJO QUE SE ESPERA DE TI**

**29.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**30.** ¿Es el motivo de que no hayas podido hacer el trabajo debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**31.** En el futuro, cuando intentes completar tu trabajo ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**32.** ¿Es este motivo algo que sólo influye en completar tu trabajo o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

**TU ESPOSO/A O NOVIO/A TE HA ESTADO TRATANDO MÁS CARIÑOSAMENTE**

**33.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**34.** ¿Es el motivo de que tu esposo/a o novio/a te haya estado tratando más cariñosamente debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**35.** En el futuro, cuando tu esposo/a o novio/a te trate más cariñosamente ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**36.** ¿Es este motivo algo que solo influye en como tu esposo/a o novio/a te trata o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

**SOLICITAS UNA POSICIÓN QUE DESEAS MUCHO (UN TRABAJO, ENTRAR A LA  
UNIVERSIDAD...) Y LO CONSIGUES**

**37.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**38.** ¿Es el motivo de conseguir la posición debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**39.** En el futuro, cuando solicites una posición ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**40.** ¿Es este motivo algo que sólo influye en conseguir una posición o admisión o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

**VAS A UNA CITA CON ALGUIEN (CINE, COMER...) Y TE SALEN MAL LAS COSAS**

**41.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**42.** ¿Es el motivo que la cita salga mal debido a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**43.** En el futuro, cuando tengas una cita con una chico/a ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**44.** ¿Es el motivo algo que sólo influye cuando vas a este tipo cita o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

**CONSIGUES UN AUMENTO DE SUELDO**

**45.** ¿Cuál es el motivo? \_\_\_\_\_

**46.** ¿Es el motivo de que te aumenten el sueldo debida a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias? (circula el número que mejor represente su realidad)

Totalmente debido a  
otras personas o circunstancias

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente  
debido a mí

**47.** En el futuro, cuando recibas un aumento ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará  
presente nunca

1 2 3 4 5 6 7

Estará presente  
siempre

**48.** ¿Es este motivo algo que sólo influye en conseguir un aumento de sueldo o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye  
en esta  
situación particular

1 2 3 4 5 6 7

Influye en  
todas las situaciones  
de mi vida

## E. PRACTICAS POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO DE CANCER

A continuación le voy a presentar una serie de preguntas referentes a prácticas de salud tras su diagnóstico de cáncer. Las mismas se contestan mediante una escala que va desde el **0 que significa NUNCA hasta el 4 que significa SIEMPRE**. Indique el número que mejor represente o más se acerque a su realidad.

0 – Nunca, 1 - Casi nunca, 2 - Algunas veces, 3 - Casi siempre, 4 – Siempre

Después del diagnóstico de cáncer,	0	1	2	3	4
E1. ¿llevó a cabo algún tipo de rutina de ejercicio físico? (caminar, trotar, etc.)	0	1	2	3	4
E2. ¿utilizó pastillas, medicamentos o tratamientos para dormir mejor?	0	1	2	3	4
E3. ¿el sueño o la falta de descanso le ocasionó problemas para llevar a cabo sus actividades?	0	1	2	3	4
E4. Después del diagnóstico de cáncer, ¿siguió alguna dieta o plan nutricional?	0	1	2	3	4
E5. ¿participó de actividades para mejorar su apariencia (maquillaje, estilos de ropa, pelucas)?	0	1	2	3	4
E6. ¿buscó ayuda con algún profesional de la conducta? (psicólogo o psiquiatra)	0	1	2	3	4
E7. ¿buscó alternativas para mejorar su vida sexual?	0	1	2	3	4
E8. Después del diagnóstico de cáncer, ¿se aisló o apartó de los demás?	0	1	2	3	4
E9. ¿se unió a algún grupo de apoyo o servicio de ayuda al paciente de cáncer?	0	1	2	3	4
E10. ¿decidió alejarse de familiares y amigos?	0	1	2	3	4
E11. ¿pudo cumplir con las responsabilidades de su empleo?	0	1	2	3	4
E12. Después del diagnóstico de cáncer, ¿buscó recursos para cubrir sus responsabilidades económicas?	0	1	2	3	4
E13. ¿pudo pagar sus deudas?	0	1	2	3	4
E14. ¿pudo cumplir con sus actividades o quehaceres en el hogar?	0	1	2	3	4
E15. ¿buscó apoyo en algún líder o guía espiritual? (pastor, sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4

Ahora quiero que piense en sus prácticas de cuidado de salud en este momento. Seguimos usando la escala que va desde el **0 que significa NUNCA hasta el 4 que significa SIEMPRE**. Indique el número que mejor represente su realidad.

0 – Nunca, 1 - Casi nunca, 2 - Algunas veces, 3 - Casi siempre, 4 – Siempre

En este momento,	0	1	2	3	4
E16. ¿Hace ejercicios, camina, trota o practica algún deporte por lo menos 30 minutos tres veces en semana?	0	1	2	3	4
E17. ¿Practica algún ejercicio que lo ayude a relajarse? (Taichi, Yoga, Baile, Pilates...)	0	1	2	3	4
E18. ¿Comparte con su familia y amigos en su tiempo libre?	0	1	2	3	4
E19. ¿Mantiene un horario regular de comidas?	0	1	2	3	4
E20. ¿Consume comidas rápidas? (Fast foods)	0	1	2	3	4
E21. ¿Prohíbe que fumen en su presencia o se aleja de los fumadores?	0	1	2	3	4
E22. ¿Consume bebidas alcohólicas menos de dos veces a la semana?	0	1	2	3	4
E23. ¿Consume más de tres bebidas que contengan cafeína al día (café, refrescos normal o dieta, te, bebidas energizantes)?	0	1	2	3	4
E24. ¿Busca estar arreglada para verse atractiva?	0	1	2	3	4

Tesis

En este momento,	0	1	2	3	4
E25. ¿Habla con alguien de sus problemas y preocupaciones? (amistades, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, pastor...)	0	1	2	3	4
E26. ¿Dedica tiempo a tener una vida sexual saludable?	0	1	2	3	4
E27. ¿Incluye espacio para descanso durante su rutina de labores diarias?	0	1	2	3	4
E28. ¿Dedica tiempo a actividades que le hacen sentir aprecio por si misma?	0	1	2	3	4
E29. ¿Se frustra cuando no consigue alcanzar sus metas?	0	1	2	3	4
E30. ¿Cuida de su salud física?	0	1	2	3	4
E31. ¿Participa en actividades recreativas como leer, ir al teatro, al cine, pasear, entre otras?	0	1	2	3	4
E32. ¿Evita lugares con mucho polvo, humo o contaminación?	0	1	2	3	4
E33. ¿Evita salir cuando hay mal tiempo (lluvia, cambios grandes de temperatura como calor o frío)	0	1	2	3	4
E34. ¿Evita exponerse al sol por periodos prolongados de tiempo?	0	1	2	3	4
E35. ¿Dedica tiempo a actividades de servicio voluntario?	0	1	2	3	4
E36. ¿Cuida de su alimentación o dieta?	0	1	2	3	4

### F. CARACTERISTICAS DEL VECINDARIO

*A continuación le haremos unas preguntas relacionados a la comunidad en la que vive. Cuando nos referimos a su comunidad o vecindario estamos hablando de las cosas que quedan a 10 o 15 minutos caminando de su casa. Indique cuan de acuerdo esta con las siguientes premisas siendo uno (1) muy en desacuerdo y cuatro (4) muy de acuerdo.*

*1- Muy en desacuerdo 2- Desacuerdo 3- Acuerdo 4- Muy de acuerdo*

PREMISAS	1	2	3	4
F1. En mi vecindario se ven personas caminando, corriendo bicicleta o haciendo algún tipo de ejercicio.	1	2	3	4
F2. Las tiendas están a una distancia de 10 a 15 minutos caminando desde mi casa.	1	2	3	4
F3. Hay muchos lugares a los que puedo ir caminando desde mi casa.	1	2	3	4
F4. Es fácil caminar hasta la parada o terminales de guaguas desde mi casa.	1	2	3	4
F5. La condición de las calles en mi comunidad hacen difícil que se pueda caminar.	1	2	3	4
F6. Hay aceras en la mayoría de las calles de mi comunidad/urbanización.	1	2	3	4
F7. Hay lugares cercanos a mi casa a los que se puede llegar fácilmente para caminar o correr bicicleta.	1	2	3	4
F8. El tráfico en las calles cercanas a mi comunidad/urbanización hace difícil o desagradable caminar.	1	2	3	4
F9. La velocidad en que transitan los carros en las calles cercanas a mi comunidad es de 30 mph o menos.	1	2	3	4
F10. La mayoría de los conductores exceden el límite de velocidad cuando conducen en mi comunidad o urbanización.	1	2	3	4
F11. Al caminar en mi comunidad/urbanización, hay muchos escapes de gas de los carros o guaguas.	1	2	3	4
F12. Las calles de mi comunidad/urbanización están bien iluminadas.	1	2	3	4
F13. Personas caminando o corriendo bicicleta en mi vecindario se pueden ver fácilmente desde las casas.	1	2	3	4
F14. Hay una alta de criminalidad en mi vecindario.	1	2	3	4

<b>PREMISAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>F15.</b> La criminalidad en mi vecindario hace que sea poco seguro caminar durante el día.	1	2	3	4
<b>F16.</b> La criminalidad en mi vecindario hace que sea poco seguro caminar durante la noche.	1	2	3	4

**F17.** Su casa, ¿a qué sistema está conectado para disponer las aguas del inodoro y el fregadero (aguas usadas o negras)?

- (1) sistema de alcantarillados de la AAA
- (2) sistema séptico privado
- (3) sistema séptico comunal
- (4) Otro, (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

*Pensando en su vecindario, indique la satisfacción que siente con cada una de las siguientes aseveraciones. Use una puntuación del 1 al 5, siendo 1 muy insatisfecho y 5 muy satisfecho.*

<b>¿CUAN SATISFECHO ESTA USTED CON.....</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>F18.</b> el número de aceras en las que se puede caminar en su vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F19.</b> el acceso a la autopista que tiene su vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F20.</b> la distancia que hay hasta su trabajo/escuela desde su vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F21.</b> el acceso a tiendas en tu vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F22.</b> el número de amigos que tienes en tu vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F23.</b> el número de personas que conoces en tu vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F24.</b> cuán fácil y agradable es caminar en tu vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F25.</b> cuán fácil y agradable es correr bicicleta en tu vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F26.</b> la calidad de las escuelas en tu vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F27.</b> el acceso a lugares de entretenimiento (restaurantes, cines, pubs)?	1	2	3	4	5
<b>F28.</b> la protección para evitar la criminalidad en tu comunidad?	1	2	3	4	5
<b>F29.</b> el número de vehículos y la velocidad a la que guían en tu comunidad?	1	2	3	4	5
<b>F30.</b> el ruido del tráfico en tu vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F31.</b> el número y la calidad de supermercados en tu vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F32.</b> el número y la cantidad de restaurantes en tu vecindario?	1	2	3	4	5
<b>F33.</b> con tu vecindario como un buen lugar para criar niños?	1	2	3	4	5
<b>F34.</b> con tu vecindario como un buen lugar para vivir?	1	2	3	4	5



## G. SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

7 – Completamente de acuerdo    6 – De acuerdo    5 – Más bien de acuerdo  
4 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo    3 – Más bien en desacuerdo    2 – En desacuerdo  
1 – Completamente en desacuerdo

	1	2	3	4	5	6	7
En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal	1	2	3	4	5	6	7
Las condiciones de vida son excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
Estoy satisfecha con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7

## H. RELACION MEDICO – PACIENTE Y BARRERAS PARA OBTENER SERVICIOS DE SALUD

A continuación hay una serie de situaciones relacionadas a la relación médico-paciente. Conteste utilizando una escala que va desde el **0** significa que la situación nunca le ha afectado hasta el **4** que significa que le ha afectado SIEMPRE.

Situaciones	0	1	2	3	4
<b>H1.</b> Cuando he expresado mis quejas, los profesionales de la salud han demostrado falta de sensibilidad.	0	1	2	3	4
<b>H2.</b> He sido tratada como un caso más y no como una persona.	0	1	2	3	4
<b>H3.</b> Me han dicho que debo estar agradecida por estar viva cuando me quejo o insisto en solicitar servicios.	0	1	2	3	4
<b>H4.</b> Me han desanimado en mi búsqueda de terapias alternas.	0	1	2	3	4
<b>H5.</b> Me han desanimado cuando quiero buscar segundas opiniones	0	1	2	3	4
<b>H6.</b> El médico no explica ni contesta mis preguntas de forma clara (usa palabras difíciles).	0	1	2	3	4
<b>H7.</b> El médico toma decisiones por mí.	0	1	2	3	4
<b>H8.</b> El médico no me dijo todas las alternativas de tratamiento.	0	1	2	3	4

**Tesis**

*A continuación le voy a presentar una serie de situaciones que pueden afectar el llevar a cabo su cuidado de salud. Las mismas se contestan mediante una escala del 0 al 4.*

*0 – Nunca, 1 - Casi nunca, 2 - Algunas veces, 3 - Casi siempre, 4 – Siempre*

<b>Después del diagnóstico de cáncer, ¿ _____ le ha afectado para buscar ayuda u obtener los servicios que necesita?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>H9.</b> ¿El desconocimiento de cuál es su plan de cuidado de salud	0	1	2	3	4
<b>H10.</b> ¿Lo complicado de su cuidado de salud	0	1	2	3	4
<b>H11.</b> ¿Qué el plan médico no cubra alguna de las pruebas o de los servicios	0	1	2	3	4
<b>H12.</b> ¿Los problemas con los referidos	0	1	2	3	4
<b>H13.</b> ¿El no poder pagar medicamentos o pruebas	0	1	2	3	4
<b>H14.</b> ¿El miedo a recibir malas noticias	0	1	2	3	4
<b>H15.</b> ¿La vagancia	0	1	2	3	4
<b>H16.</b> ¿La falta de tiempo	0	1	2	3	4
<b>H17.</b> ¿La ansiedad de ir al medico	0	1	2	3	4
<b>H18.</b> ¿Los problemas con la transportación para las citas o compromisos de salud	0	1	2	3	4
<b>H19.</b> ¿El olvido para cumplir con sus compromisos de salud (médico, laboratorios)	0	1	2	3	4
<b>H20.</b> ¿El no tener quien lo acompañe	0	1	2	3	4
<b>H21.</b> ¿Los problemas con el cuido de niños	0	1	2	3	4
<b>H22.</b> ¿El no poder faltar a su trabajo	0	1	2	3	4
<b>H23.</b> ¿La sobreprotección de su familia y personas cercanas	0	1	2	3	4
<b>H24.</b> ¿Los sentimiento de soledad	0	1	2	3	4
<b>H25.</b> ¿La interferencia del cuidado de salud con sus relaciones personales.	0	1	2	3	4
<b>H26.</b> ¿La falta de información de los servicios	0	1	2	3	4
<b>H27.</b> ¿La localización de los servicios	0	1	2	3	4
<b>H28.</b> ¿Las condiciones (planta física) en las que se están dando los servicios	0	1	2	3	4
<b>H29.</b> ¿Su estado de salud	0	1	2	3	4
<b>H30.</b> ¿La calidad del servicio	0	1	2	3	4
<b>H31.</b> ¿El trato (sensibilidad) de los médicos y profesionales al ofrecer los servicios	0	1	2	3	4
<b>H32.</b> ¿El tiempo de espera en las facilidades médicas	0	1	2	3	4
<b>H33.</b> ¿La falta de médicos que acepten su plan	0	1	2	3	4
<b>H34.</b> ¿Los costos de los deducibles	0	1	2	3	4
<b>H35.</b> ¿La cantidad de papeleo o burocracia	0	1	2	3	4

**La indefensión aprendida como determinante de la salud en mujeres sobrevivientes 227  
de cáncer de mama**

---

**Tesis**

**HORA DE FINALIZADA:**

:   AM PM

**OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR:**

--

## ANEXO C: Hojas de promoción de la actividad

**VIVIENDO  
DESPUES DEL  
CÁNCER  
DE  
MAMA**



**SABADO, 20 DE MARZO DE 2010  
ALCALDIA, CIDRA PUERTO RICO**



**AGRADECIMIENTOS:**  
Municipio Autónomo de Cidra  
Periódico La Cordillera  
Madrinas y Padrinos Cáncer  
Panadería La Parroquiana  
Supermercado Rivera  
Parroquia Ntra. Señora de Fátima

**JORNADA PARA LA  
MUJER**

**PROGRAMA DE SALUD  
PÚBLICA**

**ESCUELA DE MEDICINA DE  
PONCE**

**787-840-2575 X 2230/ 2232**



**SE BUSCAN VOLUNTARIAS**  
Si conoces mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama informales sobre que pueden colaborar en un estudio para conocer las situaciones que afectan el cuidado de salud de las mujeres pacientes y ex-pacientes de cáncer de seno. Información en el 787-840-2575 X 2230 / 787-908-6461, Correo electrónico: [hivelez@psm.edu](mailto:hivelez@psm.edu).

## PROGRAMA

9:30am-11:45am

ACTIVIDADES EDUCATIVAS CONCURRENTES

8:30- 9:00

Registro

9:00- 9:30

Bienvenida

Saludos

Hon. Angel Malavé

Sra. Natalia López

9:30- 11:45

Actividades

Educativas

Concurrentes

9:30-10:15

Grupo 1 Salón de Belleza

Grupo 2 Salón de Salud

Grupo 3 Salón Informático

10:15 -11:00

Grupo 1 Salón de Salud

Grupo 2 Salón Informático

Grupo 3 Salón de Belleza

11:00 -11:45

Grupo 1 Salón Informático

Grupo 2 Salón de Belleza

Grupo 3 Salón de Salud

11: 45

Actividad de cierre

12:15

Almuerzo





El Alcalde del Gobierno Municipal  
Autónomo de Trujillo Alto,  
**JOSÉ LUIS CRUZ CRUZ,**  
te invita a:



## **SANANDO CON *Arte***

### **JORNADA PARA LA MUJER PACIENTE Y SOBREVIVIENTE DE CÁNCER DEL SENO**

**Salón de Actos de la Casa Alcaldía**  
**domingo, 24 de octubre de 2010**  
**8:00 am a 4:30 pm**

SE OFRECERÁ A LAS PARTICIPANTES:

- Taller de bisutería
- Orientación sobre maquillaje y moda
- Ideas de floristería
- Clase de salsa
- Masajes aromáticos


#### **PRESENTACIONES ARTÍSTICAS DE:**

Luis Daniel Colón y Niños Trovadores  
Tuna Bardos de la UPR

Las participantes deben ser pacientes o sobrevivientes de  
cáncer de seno. Podrán colaborar con un estudio sobre el  
cuidado de salud en sobrevivientes de cáncer de mama.  
La actividad es libre de costo y contará con merienda y  
almuerzo.



Interesadas en participar, deberán llamar para registrarse al  
**(787) 755-2705**  
de lunes a viernes entre 8:00am y 4:00pm  
o vía correo electrónico [mmarrero@trujilloalto.gov.pr](mailto:mmarrero@trujilloalto.gov.pr)





LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA  
DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE PONCE Y EL DEPARTAMENTO DE  
ARTE Y CULTURA DEL MUNICIPIO DE PEÑUELAS TE INVITAN A

**JORNADA PARA LA MUJER:  
VIVIENDO DESPUES DEL CÁNCER DE MAMA**

**La actividad se llevará a cabo  
el sábado, 10 de abril de 2010 a las 8:30 am  
en Teatro de Peñuelas.**

**Para más información llamar al 787-840-2575 extensiones 2230 ó 2232 ó al  
787-908-6461. Puede escribir al correo electrónico [hivelez@psm.edu](mailto:hivelez@psm.edu).**

Si alguna vez ha sido diagnosticada con cáncer de mama participa de esta actividad. Habrá talleres sobre temas de salud importantes luego del diagnóstico de cáncer del seno. Podrás colaborar en un estudio para conocer las situaciones que afectan el cuidado de salud de las mujeres pacientes y ex pacientes de cáncer de seno.



**LIBRE DE COSTO**



LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA  
DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE PONCE Y LA FUNDACIÓN  
COMBATIENTES DE CÁNCER DE SENO LES INVITAN A:

**JORNADA PARA LA MUJER:  
VIVIENDO DESPUES DEL CÁNCER DE MAMA**



**La actividad se llevará a cabo el sábado,  
30 de octubre de 2010 a las 9:00 am.**

**Para información llamar al 787-245-8330/ 787-738-8077 o escribir al correo  
electrónico [hivelez@psm.edu](mailto:hivelez@psm.edu)**

Si alguna vez ha sido diagnosticada con cáncer de mama participa de esta actividad. Hablaremos sobre temas de salud importantes luego del diagnóstico de cáncer del seno. Podrás colaborar en un estudio para conocer las situaciones que afectan el cuidado de tu salud. Habrá refrigerios.



**LIBRE DE COSTO**

## **ANEXO D: Consentimiento Informado**



ESCUELA DE MEDICINA DE PONCE  
PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA  
PONCE, PUERTO RICO

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **TÍTULO**

#### ***FACTORES ASOCIADOS AL CUIDADO DE SALUD EN SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA***

#### **PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

El cáncer de mama es el primer cáncer entre las mujeres en Puerto Rico. Según el Instituto Nacional de Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés), una mujer es sobreviviente de cáncer desde el momento del diagnóstico. El propósito de este estudio es describir las experiencias con el sistema de salud como sobrevivientes de cáncer e identificar los factores que influyen en su cuidado de salud. La investigación pretende conocer las características sociodemográficas, las necesidades y las dimensiones clínicas, ambientales, sociales y psicológicas que afectan su cuidado de salud. En este estudio participan estudiantes del programa de salud pública de la Escuela de Medicina de Ponce como requisito para obtener el grado de maestría.

Le estamos pidiendo que participe de este estudio como mujer mayor de 21 años que ha tenido un diagnóstico de cáncer de mama. Su participación consiste en completar un cuestionario que será administrado por alguno de los estudiantes. Se espera entrevistar a 500 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

#### **PROCEDIMIENTO Y DURACIÓN**

Este estudio consiste en contestar un cuestionario. Usted necesitará alrededor de 45 minutos para contestar el cuestionario. Un entrevistador le hará cada pregunta y anotará su contestación. Usted puede decidir completar el cuestionario por sí misma. Una vez contestado el cuestionario su participación en el estudio habrá terminado.

#### **RIESGOS O MOLESTIAS**

No hay ningún riesgo conocido por participar de este estudio. Este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo o daño, ya sea físico o psicológico. Si usted considera que el completar el cuestionario podría causarle algún tipo de malestar, puede terminar su participación en cualquier momento. Además, puede negarse a contestar cualquier pregunta.

#### **BENEFICIOS POTENCIALES**

Usted no se beneficiará directamente de su participación en esta investigación. Sin embargo, la información que nos ofrezca nos ayudará a entender mejor las experiencias y los factores que afectan el cuidado de salud de las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama.

### **COSTOS**

Usted no incurrirá en ningún gasto por su participación en este estudio.

### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Su participación es completamente voluntaria. Usted podrá decidir no participar en este estudio o terminar su participación en cualquier momento. No tendrá ningún problema o pérdida de derechos o servicios por negarse a participar o por retirarse del estudio. Usted puede hacer cualquier pregunta sobre sus derechos y su participación en la investigación en cualquier momento.

### **CONFIDENCIALIDAD**

La información obtenida de esta investigación será mantenida en confidencialidad. La información que nos brinde será analizada por el equipo de investigación. No se utilizará ninguna identificación personal y no se podrá establecer relación alguna entre su persona y los datos del estudio. La información será guardada bajo llave en un lugar seguro. La información recopilada se presentará resumida en un informe final. El análisis de esta información puede ser publicada. De ser así, no habrá forma de asociar la información con usted.

Si usted tiene alguna duda o pregunta relacionada a este estudio puede comunicarse con la Profesora Himilce Vélez Almodóvar o con el Prof. Miguel E. Marrero del Programa de Salud Pública de la Escuela de Medicina de Ponce al 787-840-2575 extensión 2232 o por correo electrónico [hivelez@psm.edu](mailto:hivelez@psm.edu), [mmarrero@psm.edu](mailto:mmarrero@psm.edu). Si tiene dudas de su participación en este estudio o sobre sus derechos como participante puede contactar al Comité de Revisión Institucional de la Escuela de Medicina de Ponce 787-840-2575.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Al firmar, usted reconoce que ha leído o se le ha leído este documento y que entiende la información presentada. Reconoce que se le ha explicado el propósito de este estudio como en que consiste su participación. Ha sido informada de los riesgos y beneficios de este estudio dándole tiempo necesario para tomar su decisión. Alguien del equipo de investigación le ha aclarado, de manera satisfactoria, las dudas que le han surgido sobre este documento y cualquier información necesaria para dar su consentimiento. Su participación es voluntaria y no responde a presiones de ningún tipo. Entiende que puede participar o negarse a participar de la investigación, y, en caso de participar, puede retirarse cuando así lo desee.

Con su firma, usted da su consentimiento para participar en este estudio bajo las condiciones señaladas en el mismo. Se le entregará una copia de este documento para sus archivos personales.

\_\_\_\_\_  
Nombre participante/letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador/letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha



## ANEXO E: Jornadas en municipios y participantes en distintas modalidades

### Relación de actividades, municipio y cantidad de participantes en el estudio

<i>Nombre De La Actividad</i>	<i>Municipio</i>	<i>Cantidad de Participantes</i>
1. Jornada en el Municipio de Cidra	Cidra	10
2. Relevó Por la Vida Municipio de Guayanilla - Sociedad Americana del Cáncer	Guayanilla	15
3. Oficina Del Dr. Cangiano – Oncólogo	Ponce	8
4. Jornada en el Municipio de Peñuelas	Peñuelas	7
5. Relevó Por la Vida Municipio de Villalba - Sociedad Americana del Cáncer	Villalba	7
6. Relevó Por la Vida Municipio de Guayama - Sociedad Americana del Cáncer	Guayama	8
7. Hospital Oncológico Andrés Grillasca	Ponce	19
8. Grupo De Apoyo de Yauco	Yauco	4
9. Grupo De Apoyo de Ponce	Ponce	6
10. Relevó Por la Vida Municipio de Ponce - Sociedad Americana del Cáncer	Ponce	26
11. Actividad en Municipio de Bayamón – Grupo de Apoyo - Monjas	Bayamón	5
12. Relevó Por la Vida Municipio de Mayagüez - Sociedad Americana del Cáncer	Mayagüez	1
13. Relevó Por la Vida Municipio de Coamo - Sociedad Americana del Cáncer	Coamo	10
14. Grupo de Apoyo en Iglesia Santa Isabel	Santa Isabel	6
15. Juncos (Jornada)	Juncos	7
16. Grupo de apoyo a sobrevivientes de cáncer Los Gladiadores Caguas	Caguas	5
17. Sanando Con Arte (Jornada en el Municipio de Trujillo Alto)	Trujillo Alto	27
18. Jornada en el Municipio de Cayey	Cayey	7
19. Hospital Bella Vista, Mayagüez (Clínica Oncológica)	Mayagüez	5
20. Zúmbate A La Vida (Jornada en Escuela de Medicina de Ponce)	Ponce	3
21. Comunidad		64

**ANEXO F: Autorización de uso del ASQ por Dr. Martín Seligman**



## ANEXO G: Municipios de Puerto Rico según regiones

### Municipios en la muestra según regiones establecidas en Censo 2000 (Rev. 2003)

	<i>No metropolitano</i>	<i>San Juan</i>	<i>Mayagüez</i>	<i>Ponce</i>	<i>Aguadilla</i>	<i>Fajardo</i>	<i>San Germán</i>	<i>Yauco</i>
Adjuntas	X							
Aguadilla					C			
Añasco					MA			
Arroyo	X							
Barranquitas		MA						
Bayamón		MA						
Cabo Rojo							C	
Caguas		C						
Camuy		MA						
Carolina		MA						
Cayey		MA						
Cidra		MA						
Coamo	X							
Comerio		MA						
Corozal		MA						
Fajardo						C		
Guánica								MA
Guayama	X							
Guayanilla								MA
Guaynabo		C						
Humacao		MA						
Jayuya	X							
Juana Díaz				MA				
Juncos		MA						
Lajas							MA	
Luquillo						MA		
Maunabo		MA						
Mayagüez			C					
Patillas	X							
Peñuelas								MA
Ponce				C				
Sabana Grande							MA	
Salinas	X							
San Germán							C	
San Juan		C						
Santa Isabel	X							
Toa Alta		MA						
Toa Baja		MA						
Trujillo Alto		MA						
Villalba				MA				
Yauco								C